“Тот факт, что на первый план я решительно выдвинул вопросы диагностические, вполне отвечает моему убеждению об основной важности их не только для нашего научного мышления, но и для наших врачебных советов и мероприятий.”

Э. Крепелин, 1900

Э. Крепелин

Введение в психиатрическую клинику

Перевод с немецкого

Москва

БИНОМ. Лаборатория знаний 2004

Крепелин Э.

Введение в психиатрическую клинику / Э. Крепелин; Послесл. С. А. Овсянников. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2004. — 493 с: ил.

ISBN 94774-094-X

Книга классика психиатрии Э. Крепелина “Введение в психиатрическую клинику” содержит основы клинической психиатрии и семиотику душевных заболеваний и является масштабным и глубоким исследованием актуальных проблем психиатрии. Она вышла в Германии тремя изданиями (I — в 1900, а III — в 1916) и предназначалась широкой аудитории: не только специалистам, но и начинающим врачам и студентам.

Книга своей глубиной охвата психиатрических проблем и их интерпретацией автором несомненно вызовет большой интерес у читателей — специалистов и студентов нынешнего поколения.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие автора к первому изданию

I. КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ
I лекция. Введение. Меланхолия (маниакально-депрессивное помешательство)
II лекция. Маниакальное возбуждение
III лекция. Смешанные состояния при маниакально-депрессивном психозе
IV лекция. Раннее слабоумие
Vлекция. Кататония
VI лекция. Исходные состояния раннего слабоумия
VII лекция. Психические расстройства при соматических заболеваниях
VIII лекция. Сифилитические душевные расстройства
IX лекция. Прогрессивный паралич
X лекция. Другие формы прогрессивного паралича
XI лекция. Исходные состояния паралича
XII лекция. Артериосклероз и старческое слабоумие
XIII лекция. Душевное расстройство после травм головы
XIV лекция. Хронический алкоголизм
XV лекция. Алкогольные душевные заболевания
XVI лекция. Морфинизм, кокаинизм
XVII лекция. Эпилептическое помешательство
XVIII лекция. Психогенные душевные расстройства
XIX лекция. Истерические душевные расстройства
XX лекция. Паранойя и параноидные душевные расстройства
XXI лекция. Врожденные болезненные состояния
XXII лекция. Патологические личности
XXIII лекция. Патологические преступники и бродяги
XXIV лекция. Имбецильность, идиотия
XXV лекция. Различные формы олигофрении

II. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ДУШЕВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ
I. Психозы вследствие внешних телесных повреждений
1. Помешательство после повреждения мозга
2. Отравления
3. Инфекции
4. Сифилис мозга (случаи 22—24, 73)
5. Прогрессивный паралич (случаи 25—33)
6. Дизаденоидные заболевания
II. Психозы вследствие внутренних болезненных процессов в организме
1. Эндогенные мозговые заболевания
2. Семейные мозговые заболевания
3. Артериосклеротические душевные расстройства
4. Пресенильные душевные расстройства
5. Старческие душевные расстройства
6. Dementia praecox Schizophrenia (случ. 10—18)
7. Парафрении
8 Генуинная эпилепсия
III. Психогенные заболевания
IV. Конституциональные душевные расстройства
1. Маниакально-депрессивное помешательство (случай 1—9)
2. Паранойя
3. Истерия (случай 55—57)
4. Невроз навязчивых состояний (случай 61)
5. Импульсивное помешательство
6. Половые извращения
V. Врожденные болезненные состояния
1. Нервность
2 Патологические личности (психопаты)
3. Задержка психического развития. (Олигофрении) (Случ. 24, 70-74)

III. СОСТОЯНИЯ И БОЛЕЗНИ
1. Амнестический (Корсаковский) синдром
2. Припадки
3. Хорея

4. Сумеречные состояния
5. Делирантные состояния
6. Депрессивные состояния
7. Дипсомания, периодическое пьянство
8. Состояния возбуждения
9. Галлюцинаторные состояния (галлюцинозы)
10. Ипохондрия
11. Параноидные заболевания
12. Состояния слабоумия
13. Состояние ступора
14. Расстройства настроения
15. Состояния спутанности
16. Разговор мимо темы
17. Сопротивление

IV. ОТДЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ДУШЕВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ИССЛЕДОВАНИЕ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ
А. Собирание анамнеза
В. Исследование данного болезненного состояния
1. Психические симптомы болезни
2. Физические признаки болезни

V. ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ
I. Личные данные и воспоминания
II. Представления времени
III. Представления места
IV. Окружающее в настоящее время
V. Счет
VI. Школьные и общежитейские познания
VII. Способность суждения
VIII. Общие моральные представления

VI. АССОЦИАТИВНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ

VII. ИСПЫТАНИЕ ИНТЕЛЛЕКТА ПО BINET-SIMON

VIII. ВАЖНЕЙШИЕ ЛЕКАРСТВА И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИИ
А. Лекарства
В. Другие лечебные мероприятия

Послесловие. Эмиль Крепелин
Предметный указатель

ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ

Кому приходилось клинически демонстрировать больных, тот, наверно, испытывал желание запечатлеть в слушателях воспоминание о виденном прочнее, чем это можно сделать скоро забывающимся устным изложением. Стремление это, после многих попыток иным путем достигнуть цели, побудило меня

фиксировать впечатления клинического семестра в форме лекций, изложенных в предлагаемой книге. Поскольку возможно, я старался при этом следовать в своем изложении действительному ходу лекций. Правда, книга не дает возможности не только самому наблюдать больных, что ученик может пополнить лишь собственными клиническими занятиями, но, и лишена того могучего вспомогательного средства при обучении, которое заключается в том, что мелкие оплошности и ошибки практиканта нередко наводят учителя на путь правильного наставления ученика. Зато в печати мне представлялось возможным обработать материал более сжато, планомерно и полно, чем это в большинстве случаев возможно в клинике.

Тот факт, что на первый план я решительно выдвинул вопросы диагностические, вполне отвечает моему убеждению об основной важности их не только для нашего научного мышления, но и для наших врачебных советов и мероприятий. По-моему, в клинике ученик должен, наряду с изучением методики исследования, приобретать не книжное знание, что можно также хорошо или еще лучше проделать дома, но, главным образом, усвоить уменье пользоваться своими наблюдениями в целях диагностики и критической оценки каждого данного случая. Лекции эти менее всего поэтому должны являться учебником психиатрии. Их цель, напротив, будет достигнута, если они смогут служить введением к клиническому разбору душевнобольных.

Образцы для разбора, которые по понятным причинам взяты из материала разных учебных годов, а некоторые были уже научно использованы в другом месте, в предлагаемом сжатом изложении не претендуют на научное значение. Тем не менее, каждая подробность с возможной точностью воспроизведена с натуры. Равным образом диагностические выводы почти во всех случаях непосредственно заимствованы из записей о клинической демонстрации. Справки о дальнейшей судьбе больных я продолжал наводить поскольку это возможно было, вплоть до начала печатания и большую часть их включил лишь по окончании всего сочинения.

E. Kraepelin

I. КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ

I лекция

Введение. Меланхолия (маниакально-депрессивное помешательство)

Наука, которой мы будем заниматься в предстоящих лекциях — психиатрия; предмет ее — душевные болезни. Строго говоря, о заболеваниях души не может быть речи. С медицинской точки зрения предмет, на который должны быть направлены наши терапевтические стремления, это — расстройства соматической основы нашей душевной жизни. При этом, проявления этих патологических процессов протекают, главным образом, в области, которой общая медицина мало занимается, именно в области психики. Мы имеем здесь, главным образом, дело не с изменением величины, роста, консистенции, химического состава, а с расстройством процесса усвоения восприятий, памяти, суждения, с обманами чувств, бредовыми идеями, нарушением настроения и болезненными изменениями волевой деятельности. В то время как во всякой новой отрасли медицины Вы без особого труда ориентируетесь, с помощью данных общей патологии, здесь в начале Вы окажетесь беспомощными перед совершенно иными болезненными проявлениями, пока постепенно не овладеете своеобразной симптоматологией душевных расстройств. Несомненно, с отдельными психопатическими состояниями Вы случайно уже сталкивались в жизни или в других клиниках, напр., с опьянением, лихорадочным бредом, delirium tremens, также, вероятно, со старческим слабоумием, идиотией, но явления эти, как непонятные и особенно странные, производили больше впечатления на Ваше чувство, чем на Ваше врачебное мышление.

Душевная болезнь изменяет душевную личность — ту сумму качеств, которая для нас в гораздо большей мере, чем физические особенности, представляет истинную сущность человека.

Все отношения больного к внешнему миру вследствие этого коренным образом изменяются. Знакомство со всеми этими расстройствами оказывается поэтому богатым источником для исследования душевной жизни вообще. Оно открывает нам не только много ее общих законов, но и дает возможность глубоко заглянуть в историю развития человеческого духа, как в отдельном индивидууме, так и во всем человечестве; оно дает нам, наконец, правильный критерий для понимания некоторых течений в сфере психологии и морали, в сфере религии и искусства, для понимания явлений нашей общественной жизни.

Однако не эти многосторонние отношения ко многим важнейшим вопросам человеческого существования делают знакомство с психическими расстройствами безусловно необходимым для врача, а прежде всего их чрезвычайная практическая важность. Душевная болезнь, даже в самых легких формах, принадлежит к самым тяжелым страданиям, какие только приходится использовать врачу; только относительно незначительная часть душевнобольных получает улучшение и полное выздоровление в строгом смысле этого слова. При этом душевнобольных, не считая громадного количества психопатов, легко слабоумных, пьяниц и идиотов, в настоящее время насчитывается в Германии едва ли меньше 230000, и число это растет, по-видимому, с ужасающей быстротой. В значительной степени этот рост числа ду-

шевнобольных обусловливается лучшим знанием душевных болезней, более широким попечением о больных, также возрастающей затруднительностью домашнего ухода и таким образом является лишь кажущимся. Но если мы вспомним, что в ¼ - ⅓ всех поступлений в больницы болезнь обусловливается злоупотреблениями спиртными напитками или сифилитической инфекцией, т. е. причинами, распространение которых вследствие быстрого роста городов определенно увеличивается, то мы не в состоянии будем отказаться от предположения, что число душевнобольных в населении растет, не только абсолютно, но и относительно. Ужасающе большое число самоубийств в городах, также как появление прежде неизвестных заболеваний (морфинизм, кокаинизи, травматический невроз, быть может, также паралич) могут только подтвердить этот взгляд.

Каждый душевнобольной представляет известную опасность как для окружающих, так особенно для самого себя. По крайней мере ⅓ самоубийств обусловлены душевным расстройством, но также половые преступления, поджоги, даже опасные нападения, кражи, мошенничества часто совершаются душевнобольными. Множество семей разоряется благодаря своим душевнобольным членам или вследствие бессмысленной траты средств, или от постепенного расстройства хозяйства вследствие их долгой болезни и неспособности к труду. Только некоторая часть неизлечимых больных быстро погибает; большая же часть слабоумными и беспомощными влачит жизнь десятками лет и представляет для себя и общины из года в год нарастающее бремя, тяжесть которого глубоко отражается на всей народной жизни.

На основании всего этого для врача увеличивается обязанность по возможности лучше ознакомиться с сущностью и проявлением душевных болезней. Если пределы его власти по сравнению с мощью противника очень невелики, то все же каждому врачу предоставляется достаточно возможности внести свою лепту в дело предупреждения и облегчения беспредельного горя, причиняемого ежегодно душевными болезнями. Наиболее благодарным объектом служит, несомненно, борьба с алкоголем и сифилисом, а затем с морфием и кокаином, пагубное действие которых является в значительной мере результатом деятельности самих врачей. Многое могут сделать также домашние врачи для предупреждения браков душевнобольных или психически отягченных лиц, для разумного воспитания и при выборе занятий для предрасположенных к заболеванию детей. Главной же их задачей является своевременное распознавание опасных признаков болезни, чтобы быстрым вмешательством предупредить самоубийства или несчастные случаи и оказать соответствующую помощь. Но и у многочисленных больных, которые никогда не дойдут до душевного расстройства в узком смысле этого слова, врач с психиатрическим образованием проявит такое понимание в деле распознавания и лечения психических особенностей, что будет богато вознагражден за потраченный на их изучение труд. Очень часто приходилось мне видеть, что старые врачи жаловались на недостаточность своих психиатрических познаний, т. к. лишь в житейской практике они убедились, какую важную роль играет в повседневной врачебной деятельности правильная оценка полунормальных или вполне болезненных душевных явлений. Мне нечего прибавлять, что такая оценка по разным поводам постоянно требуется со стороны судов, властей и профессиональных союзов.

Ясно, что более глубокое знание может быть достигнуто в психиатрии, как и во всяком другом отделе медицины, лишь путем продолжительных и основательных занятий предметом. Однако, и в более короткое время можно достичь, по крайней мере, общего знакомства с наиболее распространенными формами душевных расстройств. Необходимо при этом личное исследование и систематическое, продолжительное наблюдение по возможности большого числа разнообразных случаев. Конечно, и после 1—2 семестров ревностных клинических занятий начинающий еще очень часто будет встречать такие случаи, где он не в состоянии будет произвести верную оценку их на основании преподанного и личного опыта. Чего, однако, можно добиться сравнительно скоро и что должно считать уже большим приобретением, так это ясного понимания присущих этому делу больших трудностей и опасностей, приобретения убеждения, что правильное суждение о душевнобольном требует значительного опыта и специальных знаний.

После этих кратких предварительных замечаний, мы перейдем непосредственно к разбору больных. Прежде всего, я представлю Вам (1-ый случай) 59-летнего сельского хозяина, который поступил в клинику год тому назад. Больной выглядит гораздо старше своих лет, особенно благодаря тому, что верхняя челюсть лишена зубов. Он не только без затруднений понимает вопросы, но и отвечает на них осмысленно и правильно; знает, где находится и как давно он здесь, знает врачей, верно называет число и день недели. Выражение лица у него подавленное. Углы рта несколько опущены, брови нахмурены. Он смотрит большей частью прямо перед собой, но когда с ним разговаривают, он взглядывает на собеседника. На вопросы о болезни он начинает горько жаловаться: он при поступлении в клинику не все рассказал, он умолчал, что в юности согрешил, занимаясь онанизмом. Все, что он делал, было скверно. “Мне так страшно, так плохо; я не могу лежать от страха. Боже, если бы я не согрешил так тяжко”. Болен он будто бы уже больше года, страдал головными болями и головокружением. Началось с боли в желудке и болезни сердца. Он не мог работать: “не было к этому никакой охоты.” Он не имел покоя, воображал глупости, как будто кто-то есть в комнате. Однажды ему показалось, будто он видит нечистого, как будто его хотели утащить; это ему так казалось. Мальчиком он крал яблоки и орехи. “Совесть говорила: это не хорошо. Теперь только во время болезни впервые совесть проснулась”. “Я забавлялся с коровой и с самим собою даже. Я делаю себе теперь упреки по этому поводу”. Ему казалось, что он отпал от Господа и стал вне закона. Аппетит плохой. Стула нет. Он не может спать; “когда дух не спит, в голову приходят всевозможные мысли”. Он проделывал и глупости, повязывал себе платок вокруг шеи, чтобы задушить себя; но делал он это недостаточно серьезно.

Три сестры и брат тоже были больны; сестры не так сильно, скоро выздоровели. “Брат покончил с собой в припадке страха”.

Все это мы узнаем от больного в отрывочных выражениях прерываемых жалобами и стонами; ему явно требуется усилие, чтобы вдуматься в наши вопросы и ответить на них. В других отношениях он держит себя естественно, исполняет все требования, просит только не отсылать его отсюда: “сердце в сильной тревоге”. Соматическое исследование не обнаруживает никаких выдающихся симптомов кроме незначительного дрожания расставленных пальцев и легкой неправильности пульса. Из анамнеза должно отметить, что больной женат, имеет 4 здоровых детей, 3 детей умерло. Болезнь началась постепенно, без видимой причины, за 7—8 месяцев до поступления в клинику. Сначала появилось отсутствие аппетита и расстройство пищеварения, затем идеи греховности. Вес тела после поступления несколько падал, теперь же постепенно снова поднялся на 7 kilo.

Наиболее бросающейся чертой в этой картине болезни оказывается настроение тоски и тревоги. Это настроение на первый взгляд походит на тревожность здорового, и больной сам говорит, что всегда был склонен к тревоге и его состояние только ухудшилось. Но для тревоги нет никакого внешнего повода и, тем не менее, она длится много месяцев, все усиливаясь. В этом — признак болезни. Сам больной, с другой стороны, называет причиной болезни грехи своей юности. Ясно, однако, что они, если и имели в действительности место, не особенно беспокоили его до болезни; его совесть проснулась лишь теперь. Его прежние поступки с этого момента представляются ему в совершенно ином, зловещем освещении; выступает тот симптом болезни, который мы называем “бредом греховности”. Результатом страха нужно также признать представление, что нечистый был в комнате, что его хотели утащить, что он отпал от Бога. С настоящими галлюцинациями в этом случае мы не имеем дела; больному лишь “так казалось”. Больной живо чувствует также происшедшую с ним перемену; он чувствует себя “не так, как раньше”. Однако в деталях он не в состоянии правильно оценить патологический характер своих идей греховности и своих страхов.

Нарисованную здесь, чрезвычайно часто встречающуюся картину болезни, мы обозначаем известным и каждому неспециалисту, взятым от древних именем — меланхолия, что должно обозначать причинную ее зависимость от “черной желчи”. Дело идет здесь о постепенно развивающемся тревожном и тоскливом настроении, которое сопровождается затруднением и однообразием мышления и неспособностью к целесообразной и продуктивной работе, чем сопровождается также и обоснованная подавленность у здоровых. Мы говорим здесь об аффективной “задержке” мышления и воли, которая весьма тяжело отзывается на сознании больного благодаря затруднению собрать свои мысли, принять и провести в жизнь решение. Обыкновенно появляются также и всякого рода бредовые представления. Чаще всего идеи греховности, далее ипохондрические идеи, бред, что больной никогда больше не выздоровеет, никогда больше не будет иметь испражнений и т. п. К этому далее присоединяется боязнь обеднеть, умереть с голоду, быть привлеченным к суду, заключенным в тюрьму, быть казненным.

Вследствие внутреннего беспокойства и мучительных представлений у больных почти всегда возникает желание больше не жить, так что они весьма часто покушаются на самоубийство. Эта опасность безусловно требует лечения меланхоликов в закрытом учреждении; в домашней обстановке надежный надзор в течение продолжительного времени просто-напросто невозможен. Наиболее опасно состояние больных в начале и к концу болезни, когда менее выраженная задержка воли не лишает их вполне способности к действованью. Поэтому нужна большая осторожность при выписке, которая нередко может способствовать у сознательных и кажущихся вполне выздоровевшими больных осуществлению скрываемого ими плана самоубийства. Часто врач оказывается действительно в тяжелом положении, когда больные свою внутреннюю тоску объясняют условиями больничной жизни и, говоря о сильнейшей тоске по дому, настоятельно стремятся выписаться. Если родственники уступают этому кажущемуся вполне естественным и правильным требованию, то обычно скоро наступает, как следствие, ухудшение состояния.

Лечение больных кроме самого тщательного надзора днем и ночью состоит в широком применении постельного содержания, обильном, легко перевариваемом питании, регулировании по большей части вялой деятельности кишечника; против приступов страха назначают опий (3 раза ежедневно 10—40 капель tincturae opii) в быстро повышаемой, а затем медленно уменьшаемой дозе. Для вызывания сна служат теплые вечерние ванны с охлаждением головы и при надобности обычные снотворные, из которых наиболее рекомендуются Paraldehyd (5,0) и Veronal или Veronal natrium (0,5—1,0) также Luminal (0,2). Болезнь обычно ведет, часто с многократными колебаниями, после длинного ряда месяцев, не редко даже лет, к постепенному выздоровлению[1].

Совершенно подобную только что показанному больному картину представляет 67 летняя вдова (2-ой случай), которую пришлось почти ввести в дверь и которая не хочет садиться, так как она “не осмеливается”. Она жалуется на сильнейший страх и говорит о нелепых снах, будто она еженедельно имела дело с новым мужчиной, причем, однако всегда оставалась верной своему мужу; она онанировала, она читала, что это вредно, что это давит грудь — “Я всегда слышу крики моей внучки. Да, что говорят эти

[1] Наш больной выздоровел и, насколько у нас имеются известия, по крайней мере, 9 1/2 лет остается вполне здоровым.

люди. О, Боже, они говорят, что существует некая скверная особа". Позавчера на прогулке она видела, как свет капал с солнца: "тогда я подумала: что это такое". Люди все стали синие. "Затем они сделались совсем черными, одна женщина с одной стороны черной, с другой желтой". "Это был чёрт, который спрятался в людях". Она поэтому не хотела идти спать, т. к. думала, Бог указывал этим, что она будет наказана. "Два черных господина сидели внизу, один в середине высоко; они судили и возгласили: вечно, вечно, вечно ты будешь наказана в трех поколениях". Ее исповедь была недействительной; все пойдет в газеты, весь ее позор. Она просит смилостивиться над ее бедной невинной дочерью; "и сказать невозможно, что я наделала". Зять должен будет встать из могилы, чтобы еще раз быть наказанным, так как сказано до третьего поколения"; также и внучка потерпит наказание. Если она выйдет, ее побьют; миллионы раз в наказание мне будут рубить пальцы; солнце смотрит на меня; оно теперь так мерцает". Я жестокосердная мать. Дети надеялись на вечное блаженство, а я их этого лишила". При этих речах больная ходит вокруг своего стула, ломает руки, причитает со стоном, то очень тихо, то громко. Выражение ее лица тревожное. О своей личной жизни, месте своего жительства, окружающем она дает правильные сведения, ориентирована во времени. Она также сознает, что она "душевнобольна". В течение 6-ти недель она больше не может работать; "все, что я делала, я делала с усилием; дело шло плохо". "У меня нет больше слез, как будто все чувствительные нервы отупели". Не один "раз с ней происходили удивительные вещи. Мясо не доваривалось; чулки не слезали с ног; ключи валятся из рук; нитки перепутываются. "Все это делает какой-то дух; возможно впрочем, что это и нервы".

И здесь мы имеем дело с известным расстройством настроения, при чем по форме своего внешнего выражения здесь несколько больше, чем у предыдущего больного, выступает тревожная окраска. В затруднении работоспособности обнаруживается волевая задержка. Далее, мы встречаемся с весьма обычным у меланхоликов болезненным симптомом, чувством внутренней тупости. Больные испытывают радость и горе не так, как раньше; они жалуются, что их обычные чувства по отношению к родственникам, по отношению к их профессиональным занятиям, к их любимым привычкам исчезли. В действительности нередко отмечается, что радостные или печальные события на высоте болезни оставляют удивительно мало впечатления на больного и только тогда начинают действовать, когда эмоциональное напряжение проходит. Значительно богаче, чем в предыдущем случае, выражены у нашей больной бредовые идеи, как идеи греховности, так и идеи преследования. К этому присоединяются еще болезненные всевозможные толкования действительных происшествий и, наконец, настоящие галлюцинации зрения и слуха, которые стоят в самом тесном отношении к бредовым идеям; кое-что напоминает переживания, похожие на сон.

Относительно наследственности родившейся вне брака больной ничего особенного неизвестно. Она сообщает, что училась средне и ребенком была шаловливым. В 21 год вышла замуж, имела двое родов, при чем один раз до брака; со своим мужем, который умер 10 лет тому назад, они жили хорошо. В 37 лет она заболела, настроение стало тревожное, она плакала, много молилась; весь мир, казалось ей, изменился. Через 5 месяцев она выздоровела, но через 3 года она снова проделала приступ тяжелого настроения, причем ее тревожила мысль, не дала ли она умершему ребенку одной своей знакомой по ошибке не тот порошок. Третье заболевание двухмесячной длительности, по характеру такое же, как первое, она перенесла на 44-ом году, четвертое, также быстро прошедшее, на 60-ом, после смерти ее зятя; тогда она не хотела жить и хотела повеситься. Через 4 года она снова поступила в нашу клинику, т. к. пыталась перерезать себе артерии и высказывала идеи самообвинения; через два месяца она была в значительно улучшенном состоянии выписана и оставалась здоровой до времени 10 недель тому назад, когда вдруг во время грозы у больной наступило состояние сильной тревоги; она думала, что высказала хулу на Бога: побожилась, чем навлекла на себя несчастье; сделала попытку отравиться нашатырным спиртом.

Из этого анамнеза видно, что болезнь протекает здесь в виде ряда сходных приступов, которые следуют один за другим большею частью через 3—5-ти летний промежуток, но один раз приступ был через 14 лет. Эта наклонность к многократному, то более редкому, то более частому возвращению приступов, наступающих то вследствие видимого внешнего повода, то без него, является при меланхолии весьма часто, но не непременно. Иногда промежутки оказываются приблизительно одинаковой продолжительности, так что можно говорить о "периодической меланхолии", но чаще распределение отдельных приступов в течение жизни оказывается неправильным, так что между двумя типами течения границы провести нельзя. Клиническая картина отдельных приступов может быть очень сходной, но может обнаружить и большие различия. Так, мы видим впервые только лишь при последнем заболевании возникновение бредовых идей, а также галлюцинации. К этому мы должны прибавить, что эти симптомы не являются существенными в картине болезни. Опыт учит нас также, что "меланхолия с бредовыми идеями", которая прежде считалась отличной от простой меланхолии (melancholia simplex), не должна от нее быть отделяемой. Длительность самых приступов, как у одного и того же, так и у различных больных, может колебаться от нескольких недель до многих лет. Нередко можно наблюдать, как в нашем случае, в позднейшие периоды болезни как удлинение периодов болезни, так часто и сокращение времени свободных промежутков, однако о полной закономерности не может быть никакой речи.

Третий больной, которого я теперь Вам покажу (случай 3-ий) — 43-х летний купец, находящийся в клинике 5 лет почти непрерывно. Он крепкого сложения, но недостаточного питания, кожа окрашена бледно, выражение лица страдальческое. Он входит усталыми маленькими шагами, медленно усаживается, и сидит неподвижно, несколько согнувшись, устремив вперед свой взор. В ответ на вопросы он несколько

поворачивает голову и после паузы отвечает тихо и односложно, но толково. При этом получается такое впечатление, что ему стоит большого труда говорить: губы начинают шевелиться еще до того, как исходит звук. Больной осведомлен относительно времени и места, узнает врачей и говорит, что он болен уже более 5 лет, большего рассказать, однако, он не может, кроме того, что он душевно болен; тревоги он не испытывает. На вопросы об условиях и обстоятельствах его прежней жизни он дает короткие, однако, вполне удовлетворительные ответы. Считает он, хотя и медленно, но правильно, даже если задача довольно трудна. Свою фамилию на доске он пишет медленно, но твердым почерком с трудом поднимаясь для этого со своего места. Нельзя констатировать никаких бредовых идей, даже идей греховности. Больной заявляет лишь, что он в подавленном настроении и не указывает для этого никакой другой причины, кроме того, что он долго болен, что его очень озабочивает. Однако он надеется снова быть здоровым.

Как видите, мы и в данном случае, как и в предыдущих, имеем, в сущности, дело с расстройством настроения, хотя оно и обнаруживает несколько иную окраску. Особенно обращает внимание задержка в движениях и речи больного, что в течение уже 3-х лет не позволяет ему подняться с постели, одеться, работать и заставляет почти неподвижно лежать. Как скоро мы начинаем с ним заниматься, мы тотчас видим его старание вступить с нами в общение, исполнить наши требования, но одновременно мы видим волевую задержку, затруднения, которые вызывает каждое стремление больного. Содержание мыслей больного кажется в высшей степени однообразным и скудным, хотя также очевидно, что в глубине его души протекает гораздо больше, чем об этом можно узнать при затруднении в выражении мысли словами.

Если эта картина болезни существенно отличается от прежде описанных, то, однако главные черты меланхолического настроения остаются во всех случаях одними и теми же. Мы видим, что весьма резко выраженные здесь болезненные симптомы были также и там по крайней мере преднамечены. Также и первому больному было трудно сосредоточить свои мысли; он не имел больше “ни к чему влечения”, вторая больная также указывала, что она могла работать только “с усилием”. С другой стороны, в настоящем случае не достает так резко выраженных в первых случаях идей греховности. Какое значение имеют эти различия и эти сходства, может показать только опыт. Он учит нас, что затруднение в мыслительных процессах и действовании замечается всегда, конечно в весьма различной степени, даже и в одном и, том же случае, от легкой “растерянности” до спутанности и полного отсутствия мыслей, от простой неспособности прийти к решению, до полного исчезновения всех проявлений воли, что мы обозначаем термином ступор. С другой стороны, могут появиться всякого рода бредовые представления, но они могут и опять исчезнуть, а могут и вовсе не появляться. Таким образом, первые симптомы, хотя и меняясь в своей силе, представляются существенными, последние же должны быть рассматриваемы в картине меланхолии как побочные.

Наш больной уже и раньше проделал душевное заболевание, в первый раз 23-х лет. Он был тогда в простом меланхолическом состоянии; вслед за угнетенным состоянием уже в ближайшем году наступило совершенно иное состояние с очень сильным возбуждением, которое и привело пациента в больницу. Спустя еще два года больной вступил в брак с особой, стоявшей гораздо ниже его, вероятнее всего будучи опять-таки в состоянии легкого возбуждения, а в последующий период развелся с ней. На 31-м году, по-видимому будучи снова возбужден, он попал в руки ловкой мошенницы, которая его бросила, когда он позже впал в состояние угнетения, родственники считали, конечно, это угнетение следствием печального житейского опыта, выпавшего на долю больного. На 36-м и 37-м году последовало снова очень сильное возбуждение, потребовавшее опять больничного лечения.

Больной, его отец и два брата — алкоголики, сестра больного страдает той же болезнью, как и он сам. Сам он, кроме всего сказанного, уже много лет болеет diabetus insipidus. Какой-то врач будто бы посоветовал ему пить вино, так как обильное питье воды для него вредно. Больной последовал этому совету и приблизительно лет 5 j тому назад внезапно заболел delirium tremens. К этому заболеванию непосредственно присоединилось постепенно все возраставшее возбужденное состояние, медленно исчезнувшее лишь через 2 года. Уже спустя несколько недель после выписки из нашей клиники, где он тогда лечился, почти внезапно появилась чрезвычайно сильная задержка воли, которую Вы можете наблюдать и теперь в несколько более слабой степени.

Из этого анамнеза выясняется, что настоящая меланхолия у нашего больного является только одним эпизодом сложного течения болезни, в котором кроме различного рода подавленных настроений наступали также неоднократно состояния совершенно противоположного характера со стремлением к предприимчивости и с возбуждением; позднее мы будем изучать эти состояния под именем “мании”. Это наблюдение имеет основное значение. Оно повторяется в одинаковой форме при значительной части меланхолических состояний. Мы говорим, поэтому о “маниакально—депрессивном” или “циркулярном” — круговом помешательстве, в котором меланхолия образует только одну отдельную фазу.

Однако, не всякий отдельный случай дает такое богатство форм проявления: довольно часто все приступы бывают одинаковыми или маниакальными, или, как у нашего второго больного, меланхолическими, так что можно говорить о периодической мании или меланхолии. Обе различные составные части болезни могут также следовать одна за другой во всяком мыслимом порядке, возможно напр., что в длинный ряд одинаковых приступов врывается один противоположного характера. Поэтому также и случаи, где даже этот последний остаток другой формы отпал, мы вполне последовательно не будем отделять от случаев с одинаковыми приступами, если только в остальном они совпадают в своей

клинической картине, течении и исходе. То же касается и числа приступов. Если, как обычное правило, в течение жизни бывает несколько приступов, то наблюдаются также и однократные маниакальные или меланхолические заболевания, которые во всем остальном ничем не отличаются от форм с двумя или тремя одинаковыми или различными приступами. И относительно этих случаев мы должны думать, что рано или поздно здесь возможно возникнет еще приступ одинакового или противоположного типа, что иногда и случается после ряда лет, даже 3—4 десятилетий, но может вообще и не случиться. Так как отдельные приступы маниакально-депрессивного помешательства обычно кончаются выздоровлением, то и в нашем случае, несмотря на тяжесть и значительную продолжительность страдания, мы будем надеяться на восстановление здоровья, однако с возможностью в дальнейшем возвращения маниакального или меланхолического заболевания[1].

Особый интерес представляет при данной болезни колебание веса тела. Больной наш во время последнего приступа возбуждения потерял 13 kilo, но затем снова с наступлением успокоения прибавился в весе на 25 kilo. В первые 1 ½ года депрессивного состояния вес его тела упал с 91,5 до 56,5 kilo, а впоследствии поднялся снова лишь на 14 kilo. Эти числа служат доказательством огромных пертурбаций, имеющих место в сфере общего питания при подобного рода заболеваниях. Как ни мала пока, к сожалению, возможность отдавать себе ясный отчет о деталях этих процессов, все же регулярно производимое взвешивание служит и в данном случае, как и в большинстве форм душевного расстройства, прекраснейшим средством для оценки общего течения болезни. Несомненный подъем упавшего веса тела служит при маниакально-депрессивном помешательстве надежнейшим признаком того, что приступ уже прошел свою кульминационную точку.

II лекция

Маниакальное возбуждение

50-летний крепко сложенный и хорошо упитанный купец (случай 4-ый), которого я сегодня Вам демонстрирую, входит в зал быстрыми шагами, громко приветствует Вас, с вежливым поклоном садится и осматривается, полный ожидания и любопытства. Как только мы обращаемся к нему, он отвечает быстро и уверенно, бегло и правильно сообщает Вам подробности собственной жизни и теперешнего своего положения. Вскоре, однако, он уже не ограничивается ответами, но сам берет слово, шутливо заявляет, что он не станет все ясно рассказывать, желая затруднить испытание и убедиться, понимаем ли и мы кое что. Он говорит, что страдает параличем, дает совершенно бессмысленные показания, неверно считает и очень радуется, если это принимается всерьез. Если ему позволить, он начинает говорить много и оживленно, не позволяет себя перебивать, но легко теряет нить и вплетает в свое описание все новые, не относящиеся к делу подробности. Связного, короткого ответа от него почти невозможно добиться; всегда он должен еще кое что добавить и разукрасить. Даже во время моих объяснений он то и дело “просит слова”, но всякий раз вновь скромно с вежливым поклоном умолкает. Неоднократно обращается с речью к Вам, делает намеки на студенческую жизнь, вставляет стишки из студенческих песен, раз сам сочинил применительно к случаю рифму.

Настроение у него веселое, приподнятое; ему нравится острить, иногда довольно рискованно, он вышучивает себя и других, подражает знакомым лицам, сам смеется над своими выходками, которые он старается представить совершенно невинными. Последние ночи до своего поступления в клинику он шлялся по всевозможным кабакам и подозрительным заведениям, повсюду много пил и вел себя в высшей степени странно: на рынке облил себя сверху до низу водой, разъезжал на извозчике по окрестным деревням из трактира в трактир. В заключение, он переколотил у себя на квартире зеркала, посуду и мебель, так что был доставлен в клинику под сильным конвоем полиции. Во всем этом, как он находчиво полагает, виновата кругом его жена, которая не обращалась с ним, как следует, ничего хорошего ему не готовила. Вследствие этого он вынужден был посещать трактиры; должен же и он что-нибудь дать людям заработать. Он себя не считает больным, но согласен, если это нам доставляет удовольствие, прибавляет он многозначительно улыбаясь, остаться пока у нас. Никаких соматических расстройств у больного не было обнаружено за исключением нескольких повреждений, полученных им при насильственном препровождении в клинику.

Наблюдаемая здесь картина представляется нам во всех отношениях прямой противоположностью меланхолическим расстройствам, с которыми мы ознакомились в первой лекции. Восприятие — быстрое; представления возникают беспрепятственно, правда, чтобы тут же быть вытесненными новыми. Настроение веселое; поступки совершаются ровно и без препятствий, даже без таких, которые в здоровой жизни действуют тормозящим образом. Подобное соединение симптомов, которое мы часто встречаем в таком сочетании, мы называем манией или, в виду того что отдельные расстройства здесь выражены лишь незначительно, гипоманией. Наш больной, между тем, отнюдь не всегда так рассудителен и мил, как в

[1] Эта надежда, однако, не исполнилась: больной после 3 ? лет депрессии умер от быстро развившегося фтизиса при все продолжающемся психическом заболевании.

данный момент. В начале болезни он был некоторое время совершенно спутан, поток его речи был бессвязен, он был очень раздражен против окружающих, ломал столы, стулья, стекла, мазался своими испражнениями, лил себе суп на голову, ставил полный ночной горшок на обеденный стол. В другое время он становился совершенно невыносимым, так как дразнил и плохо обращался с другими больными, сочинял на ухаживающий персонал, был надоедлив и насмешлив при каждом удобном случае.

Мания есть до известной степени не только точная оборотная сторона депрессивных состояний, но она, как было ранее указано, является не чем иным, как одним из периодов маниакально-депрессивного психоза. Там, где мы находим настоящие маниакальные возбуждения, мы можем делать вероятный вывод не только о том, что эти возбуждения будут в жизни неоднократно повторяться, но, кроме того, что здесь будут иметь место и меланхолические приступы. Обращаясь к нашему больному, мы можем установить, что он в седьмой раз находится в психиатрическом учреждении. Он внебрачный ребенок; его мать умерла от апоплектического удара; одна из ее сестер была психически больной. Больной всегда слыл немного странным, но был трезв и трудолюбив. Первый приступ болезни случился с ним на 37-м году и совершенно походил на настоящий. Тогда больной через газету пригласил всю “местную знать” на “haute-volee-soiree”, обратился в полицию с заявлением, что он в лице одного жандарма открыл давно разыскиваемого преступника-анархиста, и позволял себе всевозможные грубые шутки в отношении чиновников. Последующие приступы начинались со склонности к расточительности, к пьянству и половым эксцессам и всевозможным публичным выходкам; во время одного из приемов в клинику все карманы больного были полны простых колец, иностранных монет, дешевых украшений, которые он повсюду скупал, тут же было множество ломбардных квитанций.

Продолжительность приступов была вначале 2—3, а потом 6 месяцев. Несмотря на то, что больной в клинике в большинстве случаев очень скоро успокаивался и обнаруживал лишь едва заметные расстройства, целый ряд попыток выписать его кончался неудачей, так как он тут же вновь начинал пить и затем вновь быстро появлялось возбуждение. После полного выздоровления, в промежутках он был совершенно спокойный человек, живший очень уединенно и прекрасно ладивший со своей женой, которую он во время приступов истязал и ругал. После предпоследней выписки из больницы он был в тяжелом настроении в течении 3 месяцев, после последней — ¾ года, боялся людей, много лежал в постели и высказывал мысли о самоубийстве, пока постепенно к нему не вернулось душевное равновесие.

Высказанное нами ранее предположение нас, таким образом, не обмануло. Настоящему заболеванию предшествовал не только целый ряд маниакальных приступов, но с течением времени появились и ясно выраженные депрессивные состояния. Можно поэтому предвидеть, что в будущем те и другие состояния будут правильно повторяться[1]. То, что с течением времени продолжительность и тяжесть приступов возросли, между тем как промежутки стали короче, соответствует общим данным опыта (ср. случ. 2). Дальнейшее течение должно было, если и с некоторыми колебаниями, повести с собой ухудшение в проявлениях болезни.

Как это было слышно еще до ее прихода, следующая больная (случай 5), которая ворвалась сейчас в зал, резко возбуждена. Она не садится, а ходит быстрыми шагами кругом, разглядывает все, что ей попадает на глаза, вмешивается без стеснения в толпу слушателей и делает попытки завязать с ними разговор. Как только удается ее усадить, она вновь вскакивает, сбрасывает с себя башмаки, снимает передник, бросает его прочь, начинает петь и танцевать. В следующий момент она замолкает, бьет в ладоши, идет к доске, хватает мел, начинает писать свое имя, но не доканчивая, делает длиннейший росчерк, покрывающий в миг всю доску. Затем слегка стирает губкой написанное, вновь быстро пишет несколько букв, кидает, однако, вдруг мел через головы слушателей, хватает стул, раскачивает его кругом себя и, наконец, усаживается, чтобы тут же вновь вскочить и возобновить прежнюю игру в новых формах. В течение всего этого времени больная беспрерывно болтает, но содержание ее быстрых, бурных речей едва понятно и совершенно бессвязно. На настойчивые вопросы получается в большинстве случаев короткий, осмысленный ответ, к которому тут же присоединяются отрывочные всевозможные фразы. Иногда еще удается проследить сделанные при этом скачки мысли; это всплывающие воспоминания, отрывки оборотов речи и стихов, слова и обращения, которые она как раз слышит от окружающих и которые она вплетает в поток своих речей. Больная называет свое имя, возраст, знает, что она находится в “сумасшедшем доме”, но в то же время дает людям совершенно произвольные обозначения. Ее нельзя заставить вести связный разговор, она тут же отклоняется в сторону, вскакивает, обращается к одному из слушателей, бежит к окну, поет половину песенки, пляшет. Настроение у нее крайне веселое; она смеется и хихикает беспрерывно в течение всей ее речи, но также быстро впадает в гнев, если ее несколько раздразнить, и тогда она выпускает из себя настоящий поток грязнейших ругательств, минуту же спустя, весело смеясь, вновь успокаивается. Несмотря на сильное беспокойство, ею очень легко управлять; приказания, отданные в приветливом тоне, она исполняет, правда тут же приступая к чему-либо другому. В соматической области у этой хрупко сложенной больной достойно

[1] Больной по наступлении успокоения, вначале опять долгое время находился в угнетенном состоянии, а год спустя вновь стал маниакальным. На этот раз появились тяжелые эпилептиформные припадки с последовательными параличами. Последствием одного из них была смерть больного. Вскрытие трупа обнаружило распространенный артериосклероз мозга. Такой исход, по-видимому, является не совсем редким при маниакально-депрессивном психозе.

упоминания кроме анемии также еще воспаление левого края века, лечение которого больная совершенно не переносит.

Основной чертой разбираемого нами состояния является необыкновенная сменяемость отдельных психических процессов. Они быстро и легко вызываются, но также легко вытесняются новыми. Какое-либо случайное раздражение приковывает, внимание, но только на один миг; каждое возникающее представление или настроение, каждый волевой импульс заменяются новым раньше, чем они достигли своего полного развития. Очевидно, у больной отсутствует способность самостоятельно и целесообразно направлять свои мысли, настроения и действия, и она отдает их под власть преходящих влияний момента. Таким образом, образуется важный симптом — отвлекаемость, повышенная податливость влиянию внешних и внутренних раздражителей. Эти свойства в области восприятия выражаются в том, что внимание привлекается не самыми важными впечатлениями, а чисто безразличными, имеющимися в данный момент, чтобы тут же замениться новыми, столь же случайными. В области возникновения представлений возникает то явление, которое мы обычно называем скачкой идей. В виду того, что отсутствует представление о цели, которое дает здоровому мышлению твердое направление и вытесняет возникающие новые представления еще в зародыше, ход мыслей у больной постоянно сбивается, появляются случайные, несущественные представления, возникающие часто лишь благодаря привычкам языка или созвучиям. При этом последовательное течение мыслей не ускорено, как это обычно полагают, но, наоборот, образование новых представлений происходит скудно и медленно, в чем можно легко убедиться из соответственных опытов. Название же “скачка идей” является подходящим, поскольку в действительности продолжительность отдельного представления является значительно сокращенной: идеи “убегают” и бледнеют раньше, чем успели приобрести определенную ясность. Поэтому сильное развитие подобных расстройств регулярно сопровождается более или менее ярко выраженным помрачением сознания.

Отвлекаемость в области настроения выражается в частой смене окраски настроения, которое от бравурной веселости в мгновение ока может перейти в злобную раздражительность и даже плаксивое отчаяние. Наконец, в области волевых проявлений расстройство выражается в виде моторного беспокойства, стремления к деятельности: у больных беспрерывно возникают самые разнообразные волевые импульсы, превращение которых в действие ничем не тормозится, но которые скоро сменяются новыми импульсами.

Если вы сравните характеристику настоящего состояния с картиной болезни ранее разобранного больного, то вы без труда усмотрите, что и в том случае мы встречаем те же черты, что здесь, только в очень ослабленной форме. И там мы наблюдали отвлекаемость хода мыслей, изменчивость настроения и безудержность воли, склонность без сопротивления поддаваться всем возникающим импульсам. Действительно, мы в обоих случаях имеем дело с одной и той же картиной болезни. Когда мы видим что у больного с возрастанием возбуждения развивается то же состояние, что и здесь, нам становится ясно, что эти на первый взгляд столь различные состояния являются лишь градациями одной и той же болезни. Но с другой стороны, наша больная также временами являла картину “гипомании”. Во всяком случае про этот приступ, начавшийся довольно неожиданно около 2-х месяцев тому назад, по крайней мере про его первые дни, этого сказать нельзя. Но с другой стороны, как можно было заранее считать вероятным благодаря нашим прежним объяснениям, больная перенесла уже целый ряд маниакальных приступов, которые частью протекали необыкновенно легко.

Теперь этой женщине 32 года; ее отец был человек очень возбудимый, точно также и его брат, который кончил жизнь самоубийством; двоюродный брат отца был душевнобольным; сестра пациентки — слабоумная. Болезнь началась на 14-ом году приступом меланхолии, за которым последовало по истечении двух лет состояние возбуждения. Спустя еще 2 года наступил новый приступ грустного настроения, сопровождавшегося самообвинениями и сильной заторможенностью; за ним последовало возбуждение, далее вторичная депрессия и, наконец, снова возбуждение. После этого наблюдались частые колебания между легким депрессивным настроением и гипоманиакальными состояниями, болезненный характер которых не ускользал только от матери. Больная стала вести неуравновешенную жизнь, публиковала свадебные объявления, завязывала без разбора любовные отношения, которые не оставались без последствий, при этом посторонние считали ее только “жизнерадостной”. Однажды она в таком состоянии вступила в брак, разумеется, для того, чтобы вскоре после этого развестись; три раза возбуждение было настолько сильным, что больную пришлось на некоторое время поместить в больницу. В состоянии депрессии она всегда испытывала чувство глубокого раскаяния за сделанное ею в период возбуждения. Впрочем, наблюдались также продолжительные промежутки, когда не было ни грустного, ни веселого изменения настроения.

Все развитие и течение этого случая необыкновенно характерны для маниакально-дипрессивного психоза. Совершенно однообразно, в бесчисленных случаях мы встречаем: начало в юношеском возрасте с депрессивных состояний, последующую смену маний и депрессией, наконец, наличность отдельных тяжелых приступов наряду с многочисленными легкими, которые публикой не всегда признаются за болезнь. Опыт нам, кроме того, показал, что такого рода больные обычно происходят из таких семей, в которых имели место случаи душевного расстройства, состояния возбуждения, меланхолия и самоубийства. Мы в праве ожидать, что наша больная и на этот раз поправится, но что в дальнейшем ей предстоит еще целый

ряд различно окрашенных легких и более тяжелых приступов[1].

Лечение маниакального возбуждения начинается с попытки назначения постельного режима, который, в случаях подобных изложенному, не удается в виду беспокойного поведения больных. Подчас может оказаться полезным простое удаление этих очень возбужденных больных от окружающих, отчего должно немедленно отказаться, лишь только больные обнаружат склонность к нечистоплотности или к разрушению. Наиболее успешно действующим средством лечения маниакальных больных являются теплые длительные ванны, которые в случае надобности можно продолжать в течение дней и даже месяцев. Чувствительную кожу рекомендуется предварительно натирать ланолином. Чтобы приучить больных к ваннам, вначале часто бывает необходимо дать несколько доз hyoscin'а или sulfonal'я; впоследствии они остаются без противодействия в приятной, теплой ванне, но все-таки при наступлении успокоения следует стараться вновь уложить их в постель или в глубокое кресло на свежем воздухе. Впрочем, при приветливом, спокойном, не раздражающем обращении подобные "буйные" больные безобиднее, чем это себе представляют. Продолжительность маниакальных приступов обычно бывает короче, чем меланхолических, но все же может иногда длиться в течение ряда лет.

Следующий больной (случай 6), 62-х летний инженер, который был тяжело ранен в войне 1870 года, попал к нам странным образом. Он держал пари, что он в каждом магазине определенной улицы попросит милостыню, как "инвалид битвы под Лейпцигом", и нигде ему не откажут. При этом у него вышел спор с одним из лавочников, он пришел в такое раздражение против призванного городового, что его отвели в полицию, а затем — сюда. Как вы видите, он рассказывает это происшествие спокойно и не сбиваясь и лишь просит возможно скорее выписать его, так как в противном случае это может повредить его будущему. Обращение его довольно развязное, но особенно не обращает на себя внимания. Складки кожи и отсутствие жирового слоя заставляют предположить сильное похудание.

С больным мы уже раз познакомились 2 года тому назад; он тогда добровольно поступил к нам, вес его был на 33 килогр. больше. Движения у него были усталые и тяжеловесные; поблекшим голосом он жаловался на чувства страха, отсутствие мыслей и нерешительность, что делало для него невозможным всякое деловое занятие, даже написание самого обыкновенного письма, и заставляло его в течение недель носить письма в кармане нераспечатанными. К этому присоединились мысли о самоубийстве, которые он боялся оказаться не в силах преодолеть. В области физических расстройств наблюдалось, кроме старой огнестрельной раны левого плеча, значительное повышение кровяного давления; несколько раз имели место припадки подагры. Психическое состояние в течение 5 месяцев прогрессивно улучшалось. Постепенно больной становился развязнее, оживленнее, разговорчивее, давал очень подробные описания своих болезненных переживаний и сочинял небольшие, несколько шероховатые, напыщенные стихи. В виду того, что мы опасались развития маниакального возбуждения, мы советовали пребывание в клинике. И, действительно, в течение последующих месяцев больной делался все беспокойнее, был очень самоуверен, сочинил массу писем, донесений, наброски договоров, обращался письменно к Кайзеру, хвастал своими заслугами перед немецкой культурой, носился с большими планами и всеми средствами старался вернуть себе свободу действий. Несколько месяцев тому назад это "гипоманическое" возбуждение постепенно улеглось, так что больной мог быть выписан.

Для полного понимания его состояния будет целесообразно заставить его рассказать некоторые из его прежних переживаний, которые он передает очень гладко и весьма наглядно. Мы узнаем, что его мать и две ее сестры были психически больными, одна из сестер больного кончила жизнь самоубийством, а брат его очень опустился. Он сам уже с юношеских лет был живого нрава, предприимчив, красноречив и склонен к злоупотреблениям алкоголем и половым. Благодаря своей значительной трудоспособности и работе без устали, ему удалось достигнуть быстрых успехов в делах. Он смело и почти всегда удачно спекулировал, имел весьма значительные доходы, но жил в высшей степени расточительно; журнал, издаваемый им, он почти весь заполнял сам. Впервые он заметил упадок душевной свежести 17 лет тому назад, а два года после этого у него развилось ясно выраженное меланхолическое состояние со страхами, полной неспособностью к труду и мыслями о самоубийстве, что продолжалось около 2¾ л. Вслед за этим состоянием последовали 9 месяцев беспрерывного возбуждения с сильно приподнятым самочувствием, раздражительностью и не знающей отдыха деятельностью, которая оставляла ему лишь несколько часов для сна. С того времени следовал с незначительными лишь промежутками целый ряд гипоманических и меланхолических состояний, из которых каждое в среднем длилось от ½ до ¾ года, и одно весьма неожиданно сменялось другим. В то время как в периоды меланхолии он являл выше обрисованную картину, в периоды гипомании он развивал прямо невероятную деятельность, изъездил по торговым делам всю Европу, создавал всевозможные смелые спекуляции и мировые проекты, сыпал полной горстью деньгами, задавал сказочные пиры, писал бесчисленные газетные статьи, завязывал повсюду связи. Одновременно он был вспыльчив, то и дело заводил ссоры. Он считал себя тогда первым и великим человеком, сравнивал себя с Гете и Наполеоном; по его словам он в состоянии возбуждения представляет собой шар полный великих мыслей, в состоянии

[1] Больная, сильно прибывши в весе, выздоровела после длившегося 5 месяцев приступа, однако, в течение протекших с тех пор 24 лет она вновь перенесла немало легких депрессий и возбуждений; в течение этого времени ее дочь два раза болела манией, в первый раз в 15 ? лет; сын ее находится также в заведении для душевнобольных.

депрессии — пустой мучной мешок с несколько туманной ученостью.

Без особых объяснений, кажется, ясно, что мы здесь имеем перед собой случай маниакально-депрессивного расстройства. Ново в этом случае лишь то обстоятельство, что отдельные противоположно окрашенные приступы непосредственно сменяют друг друга без здоровых промежутков в течение, по крайней мере, 4 лет. Подобное течение болезни, обратившее прежде всего на себя внимание психиатров и давшее основание обозначению “iolie circulaire”, встречается значительно реже, чем появление отдельных ясно выраженных приступов, однообразных или различных. Можно, однако, при накоплении большого ряда наблюдений легко показать, что здесь нет коренных различий. Существует множество больных, у которых мы в течение долгого времени можем наблюдать непрерывную смену маниакальных и меланхолических состояний, а затем опять появляются единичные приступы, отделенные друг от друга продолжительными интервалами. Сейчас наш больной представляет картину отзвучавшей гипомании; только так могут быть объяснены его вызывающие действия, стоящие в столь резком противоречии с его спокойным поведением. Следует считать вероятным, что ряд имевших место до сих пор противоположных приступов будет дальше существовать; но может также неожиданно наступить более или менее продолжительный перерыв.

Из анамнеза больного мы усматриваем, что он уже в юности обнаруживал некоторые особенности, которые позднее в маниакальных состояниях приобрели болезненное развитие. Мы вспоминаем, что наш первый меланхолический больной (случай 1) с ранних пор был боязлив и малодушен. В общем у маниакально-депрессивных больных мы встречаем довольно часто длительные особенности эмоциональной жизни, являющиеся как бы намеками на те сильные расстройства, которые обнаруживаются во время приступов. Мы можем, таким образом, говорить о меланхолическом (случаи 1 или 4) или маниакальном (случаи 6, б. м., и 2) предрасположении; приступы представляются нам тогда, в зависимости, от их изменяющейся окраски, либо простым усилением или совершенным превращением длительного “основного состояния”. Некоторые больные в “свободные промежутки” отличаются сильной эмоциональной возбудимостью или же не резко заметными колебаниями между мрачным “нервным истощением” и радостной, полной надежд предприимчивостью. Эта последняя “циклотимическая” группа и есть преимущественно те больные “переутомившиеся”, “неврастеники”, “нервно диспептические”, “с неврозом сердца”, которые благодаря лечению становятся как бы подмененными; однако, повторное лечение, если только оно не совпадет с поворотом настроения, не будет сопровождаться подобным успехом. Нередко мы встречаем у родственников наших больных описанные душевные настроения, которые не приводили, однако, никогда к настоящим маниакально-депрессивным приступам; их надо рассматривать как зародыши болезни, которые могут развиться или же так и остаться зародышем. Эти данные показывают, что причину маниакально-депрессивного психоза следует искать в болезненном предрасположении, которое часто обнаруживается, в наследственности, в схожих заболеваниях, самоубийствах, обращающих внимание душевных свойствах членов семьи (случаи 3,4,5,6). Около 2/3 всех больных составляют женщины с их большей эмоциональной возбудимостью. Болезнь в большинстве случаев возникает в периоде от 15 до 30 лет; нередко она начинается в 50-ти летнем возрасте. По своей окраске с ростом возраста получают перевес меланхолические приступы, что соответствует и возрастанию самоубийств в более зрелые годы. Внешним причинам, в виду того, что приступы, в общем наступают “сами собой”, мы должны приписать лишь выявляющую роль. Тем не менее, мы часто наблюдаем, что приступы связаны с соматическим заболеванием или душевным волнением, разочарованием в любви, смертью близкого, с переездом, переменой места. Также и период размножения может иметь подобное влияние. Во время беременности наблюдается иногда меланхолия, которая, однако, не излечивается ни родами, ни искусственным удалением плода; послеродовой период также может явиться толчком для маниакальных возбуждений.

III лекция

Смешанные состояния при маниакально-депрессивном психозе

Если уже различие в окраске, тяжести и продолжительности отдельных приступов придает проявлениям маниакально-депрессивного психоза необычайное разнообразие, то это богатство форм еще значительно расширяется при наблюдении еще некоторых случаев. 38-ми летняя женщина (случай 7), которую, несмотря на некоторое противодействие с ее стороны, вводят сейчас сюда, представляет весьма удивительное зрелище. Она плохо упитана, бледна; морщинистое, состарившееся раньше времени лицо имеет ворчливое, раздражительное выражение. Голова несколько опущена; мрачно глядящими глазами она медленно обводит зал. Поверх распущенных, коротко остриженных полос больная носит беспорядочно связанный венок из листьев, и который вплетены пестрые шерстяные нитки и клочки бумаг; кисть руки украшена оторванным лоскутом одеяла; вокруг нескольких пальцев вьются нитки. Левую руку она прижимает к груди и держит в ней связку листьев и сложенный носовой платок. Больная, колеблясь, медленно приближается, садится только после настойчивых уговоров, на обращенные к ней вопросы не дает никакого ответа; лишь время от времени слышно тихое, непонятное бормотанье. Ее поведение связано, тем не менее, легкие движения ее пальцев свидетельствуют о некотором беспокойстве. Несложные приказания — встать, подать руку, пока-

зать язык, она исполняет; она подходит к доске, открывает маленькие ящики для мела, исследует их и при этом что-то бормочет про себя. Потом она направляется к двери, хочет выйти, но без труда дает себя вернуть. При уколе руки иглой она испуганно вздрагивает, вынимает быстрым движением иглу из кожи, бросает ее прочь, растирает больное место. Согласно требованию она быстро пишет на поданном ей листе бумаги свою девичью фамилию, причем черты ее лица освещаются довольной гримасой. Вдруг она снимает с себя башмаки, старается снять башмаки и с практиканта; она вновь встает, идет от слушателя к слушателю и старается взять у них вещи, которые ей нравятся, причем она тихо шепчет: "Дайте мне, мне хотелось бы это иметь, мне хотелось бы это иметь". Затем она пытается завладеть несколькими висящими тут пальто и шляпами и только с трудом отдает их, тихо ругается про себя и живо противодействует, когда ее уводят.

Клиническое толкование этого состояния представляет значительные затруднения. Раньше, чем приступить к нему, бросим взгляд на анамнез больной. Мать больной — очень нервна, брат — "переутомлен". Слабая физически, со средними умственными способностями, но бережливая и прилежная больная выходит замуж в 21 год. Накануне свадьбы она не переставая плакала, на следующий день танцевала, подозрительно возбужденная, так что даже подумывали об отсрочке венчания; в течение четверти года после этого она была грустна и нерешительна, не была в состоянии работать и обнаруживала одновременно большую раздражительность. Это расстройство двукратно повторялось в послеродовые периоды, но спустя несколько недель оно пропадало. Также и после третьих родов — эта женщина, тогда 26-ти лет, заболела сходной болезнью со страхами, упадком духа, идеями отравления и, очевидно, также с галлюцинациями. Так как больная постепенно стала совершенно ступорозной и не принимала пищи, она тогда впервые попала в нашу клинику. Четыре месяца спустя она стала постепенно оживленнее, рвалась уйти из комнаты, раздевалась, распускала себе волосы, влезала на столы и стулья, рвала все, что попадало ей под руку, украшала себя тряпьем и зелеными ветками, была очень нечистоплотна, смеялась и ругалась про себя, но не давала никакого ответа на вопросы и производила скорее впечатление недоступной, спутанной, слабоумной; временами в ее скудных речах можно было заметить скачку идей. При значительном возрастании низко упавшего веса тела последовало, после почти годичного периода болезни, полное выздоровление с весьма смутным воспоминанием о бывшем.

После того как больная в 34 года перенесла еще один приступ депрессивного состояния, который, несмотря на ее желание определиться в клинику, лечили дома, болезнь вновь возобновилась около 28 месяцев тому назад — 3 недели спустя после последних родов. Больная стала пуглива, спутана, высказывала мысли о самоубийстве, боялась умереть, хотела своего ребенка выбросить в окно. Когда ее через две недели привезли к нам, она не осмысляла окружающее, несмотря на очевидные усилия даже на самые обыкновенные вопросы она могла отвечать лишь медленно и с трудом, имела ясно выраженное ощущение болезни, жаловалась на тревожное и неприятное настроение и неспособность к труду. Ей слышались возгласы, крики детей, беготня и езда, она полагала, что находится под судом, что она кругом виновата, временами громко и однообразно кричала, затем быстро погрузилась в ясно выраженный ступор. Через четыре месяца состояние постепенно изменилось в том отношении, что больная вставала с постели, много смеялась и хихикала, ругалась про себя, распускала волосы, часто бывала нечистоплотна, мазала платье и с упрямством рвала его на себе. Она раздевалась, лишь только представлялась к этому возможность, украшала себя самым причудливым образом лоскутами и казалась при этом очень довольной, улыбалась врачу, но оставалась при этом совершенно недоступной, подчас дурно обращалась с другими больными, скверно ругалась, часто плакала; выражение, ее лица было слабоумное, бессмысленное. В последнее время она стала осмысленнее и податливее, радовалась посещению мужа, но продолжала молчать и рвала платья, присланные по ее просьбе из дома.

Как вы видите, клиническое течение болезни схоже в своих отдельных приступах, все вновь ведущих к выздоровлению, с таковыми маниакально-депрессивного психоза. Также и ряд быстро протекающих депрессивных приступов совершенно совпадает с нашим прежним опытом, как и начало обоих более продолжительных приступов болезни, которые мы наблюдали в клинике. Дальнейшее течение в обоих случаях одинаковым образом отклоняется от обычной картины меланхолии. Я думаю не ошибиться в предположении, что здесь явления маниакального возбуждения чрезвычайно своеобразно перемешиваются с явлениями депрессии. К задержке мышления присоединяется веселое, временами раздраженное настроение, а заторможенность воли прерывается побуждением к деятельности, как это соответствует мании. Таким образом, образуется клиническая картина "смешанного состояния", которое мы называем "маниакальный ступор". Во время этого состояния больные не осмышляют окружающего, бедны мыслями, с трудом соображают, мало разговорчивы, часто совершенно немы, в то время как их задорное настроение находит себе исход во всевозможных выходках, вычурностях, также при случае и в ругательствах, шутливых замечаниях и игре слов. Если это понимание верно, то больная, хотя она теперь, как и раньше, вследствие значительной задержки мышления, могла быть принята за слабоумную, в недалеком будущем выздоровеет, но ей опять будет грозить опасность заболеть[1].

Совершенно другую картину смешанного состояния представляет 53-х летний помещик, которого я вам сейчас демонстрирую (случай 8). Больной дает правильные сведения о себе, знает, где находится, узнает

[1] Больная, значительно поправившись, через 8 месяцев вернулась домой и там, очевидно, постепенно совсем выздоровела; 6 лет спустя она, вероятно, в новом приступе депрессии отравилась соляной кислотой.

врачей, однако, во времени ориентирован недостаточно ясно. Вначале он держит себя спокойно, но во время беседы все больше и больше возбуждается, настойчиво просит отпустить его домой, к жене и детям, еще один раз оказать ему милость; кто возьмет за это ответственность, если его навсегда и навеки засадят в тюрьму. Служителя ему сказали, по скрещенным ложкам он сам обнаружил, что его хотели связать; 5 тарелок составленных одна на другую будто обозначают, что он не вернется более к своей семье, 4 — дома, 1 — здесь. Он видит, что его считают неизлечимым и не съест больше ни куска. Своим пребыванием здесь он обворовывает своих детей. Завтра он вне сомнения будет казнен, но почему же он, однако, не обратил внимания на значение того, что чашка была разбита, и посуда в таком виде стояла на столе? Он должен был бы сказать: "Я не знаю почему" и потребовать свое платье. Так он продолжает спутано говорить, дает себя перебить лишь на короткое время, и вновь начинает свои жалобы. При этом он проявляет оживленное душевное возбуждение, ломает руки, хочет опуститься на колени, стонет и громко рыдает. И в тоже время выражение лица у него собственно не печальное. Он смотрит вокруг себя оживленными, блестящими глазами, то и дело отвечает на вопросы по существу, согласен заключить договор, что он в течение 8 дней будет молчать и хорошо кушать, если его отпустят домой, полушутливо настаивает, чтобы ему в этом дали руку, а потом вновь впадает в свое прежнее многословье. Соматическое исследование не обнаруживает никаких значительных изменений.

Таким образом, клиническая картина больного такая же, как и при состоянии депрессии. Если мы себя спросим о ее клиническом значении, то мы прежде всего должны будем думать о возможности меланхолии. Обращает, однако, на себя внимание то, что больной не обнаруживает наряду с тревожным настроением задержки мышления и воли, но, наоборот, проявляет значительную разговорчивость и поразительную, правда только преходящую, отвлекаемость.

Если мы познакомимся с историей развития этого состояния, то мы узнаем, что больной происходит из здоровой семьи, но имеет психически больного сына; двое остальных детей здоровы. Он принимал участие в походе 1870 г., был спокойным, трезвым рабочим, и только на 43 году жизни попал вследствие "меланхолии" в здешнюю клинику на излечение и после короткого времени выздоровел. Теперь, уже приблизительно год, как он вновь заболел. Он создавал себе необоснованные заботы, исполнял работу на выворот, высказывал мысли о самоубийстве. По его признанию, он утром не знал, надо-ли ему выехать или нет, следует ли ему отвести мусор в то или другое место; в заключение его жена сказала: "поезжай-же, наконец". Иногда он чувствовал себя очень хорошо; затем снова ему казалось, что он не сумеет больше испытывать радость; зачем же ему жить дольше. Часто он бывал раздражителен и зол; потом он раскаивался в этом.

Полгода тому назад при приеме в клинику больной был в веселом настроении, обнаруживал оживленную разговорчивость без сознания своей болезни, считал себя сейчас способным решиться на все, что раньше представлялось ему столь трудным. Но в ближайшие дни внезапно картина изменилась. Больной стал недостаточно осмысленным, с трудом лишь мог назвать имена своих детей, проявлял сильную тревогу, думал что он приговорен к смерти, ползал на коленях по полу, отказывался от еды. Но и это состояние также быстро исчезло, и тогда развилась совершенно беспорядочная смена приподнятого и тревожного настроений, которая иногда совершалась в течение немногих часов.

Постепенно, однако, тревога получила преобладание. Противоречивые идеи греховности и преследования возникали и исчезали; одновременно у больного была склонность всякое происшествие, имевшее место в окружающем его, уже ранее указанным образом истолковывать по отношению к себе. Особенно мучила его необходимость заявлять при всяком впечатлении: "я не знаю почему", дабы из этого не вышло какого-либо несчастья для него. И именно в "бреде толкования" проявилась очень явственно значительная отвлекаемость больного, которая побуждала его находить все новые связи и в тоже время очень быстро забывать старые. В течение всей болезни имело место большое двигательное беспокойство, которое сказывалось в оживленных жестах, беспрерывном хождении взад и вперед, а также в необыкновенно большой разговорчивости. Достойно внимания, что возбуждение возрастало вследствие самого процесса разговора. Лишь только с больным заговаривали, поток его речи усиливался, как бы он ранее ни решал сохранять спокойствие. В последнее время у него преходяще опять появилось более веселое, бодрое настроение.

Из данного течения болезни ясно, что перед нами одно из проявлений маниакально-депрессивного психоза. За это говорит, кроме прежнего "меланхолического" заболевания, ясно маниакальная окраска состояния в первые недели настоящего приступа. Одновременно мы узнаем из рассказов больного, что нерешительность, которую мы ранее признали свойством меланхолии, была у него очень ясно выражена в первое время болезни; кроме того мы могли без труда многократно обнаружить здесь задержку мышления. Таким образом, состояние больного в начале настоящего приступа обнаруживало знакомые признаки меланхолии: задержку мышления и воли, а затем временами признаки маниакального возбуждения; веселое настроение с разговорчивостью, правда, без ясно выраженной скачки идей. Дальше, после промежутка колебаний, тревожно тоскливое настроение усилилось, и в то же время волевое возбуждение продолжалось. По нашему мнению, настоящая картина болезни должна быть признана смешанным состоянием, при котором тревожное настроение не сопровождается, как обычно, задержкой мышления и воли, а повышенной отвлекаемостью и возбужденностью воли; мы говорим о "депрессии с возбуждением". Таким образом, больной, как нам кажется, представляет прямую противоположность картине предыдущего случая, где мы

установили веселое настроение наряду с задержкой воли. Основания для данного нашего толкования мы, главным образом, находим в отчетливом, хотя подчас и преходящем, появлении обыкновенных маниакальных и депрессивных картин состояния наряду с обрисованными смешанными состояниями у одного и того же больного во время одного и того же или разных приступов.

Значение этого толкования заключается в том, что мы, таким образом, приобретаем ясное представление о дальнейшем ходе болезни. Если мы знаем, что эти своеобразные картины представляют собой лишь различные формы маниакально-депрессивного психоза, то мы в данном случае будем ожидать выздоровления, предвидя, однако, в будущем новые заболевания той же или другой формой циркулярного психоза. Во многих случаях, по-видимому, у того же больного образуется склонность впадать каждый раз в смешанное состояние; подчас, как это имеет место в нашем случае 7, эта склонность выявляется лишь позднее, но, конечно, возможно, что среди многих смешанных состояний вклиниваются отдельные обыкновенные приступы. В общем смешанные состояния, по-видимому, представляют более тяжелую форму заболевания, чем обыкновенные приступы[1].

Рассмотрение большего ряда случаев показывает нам, что смесь явлений, представляющих основные формы маниакально-депрессивного психоза, очень часто имеет место как преходящее явление, когда совершается переход от одного состояния к противоположному. Можно себе при этом представить, что поворот успел лишь совершиться в одной какой-либо области души, а не во всех. Эти именно наблюдения, которые непосредственно обнаруживают смену различных картин, дают нам прежде всего право считать целый ряд своеобразно скомбинированных состояний выражением одного и того же болезненного процесса.

29-ти летняя прислуга, которую вам теперь демонстрируют, (случай 9), обнаруживает сильное возбуждение. Она беспокойно бегает по залу, стучится в дверь, хватает вещи, бросает их, плюется, танцует, свистит, поет и кричит. Привлечь ее внимание почти невозможно; ее рассказы — бессвязны, непоследовательны; она называет себя то папой, то кайзером, то девой Марией, то сифилитической скотиной. Ее настроение представляется самонадеянным, временами раздражительным; больная обнаруживает склонность к нападению, ругается в грубых выражениях. Это соединение повышенной отвлекаемости с приподнятым, весьма изменчивым настроением и беспорядочным стремлением к деятельности без сомнения относится к области мании. Тем не менее несколько дней тому назад до вчерашнего утра она являла собой совершенно другую картину. Она жаловалась и горько плакала из-за множества своих грехов, считала, что она заразила других больных вшами; ей предстоит тут же умереть, она будет казнена, здесь находится множество ангелов и чертей, Адам и Ева, Божья Матерь, Христос. Бросалось в глаза, что уговорами ее легко можно было заставить смеяться и по требованию она не только тут же начинала петь, но потом ее с трудом удавалось остановить. Если это последнее наблюдение указывает на то, что в ее меланхолическом состоянии место задержки воли заняла повышенная волевая возбудимость, то при ее маниакальности у нее удержались намеки прежних идей уничижения, когда она себя называла "сифилитической скотиной". Возможно, что раздражительность надо понимать как примесь неприятного настроения.

Если мы дальше углубимся в анамнез случая, то изменчивый состав картины данного болезненного состояния становится еще яснее. Болезнь началась довольно внезапно вечером месяц тому назад, когда до тех пор тихая, сдержанная и трудолюбивая больная стала кричать и объяснила, что она хочет бросить службу и ехать домой. На следующее утро она неправильно исполняла свою работу, казалась расстроенной, крестилась и высказывала много идей самообвинения. Потом она исчезла, всю ночь бесцельно бродила, видела открытым земной рай, пела и молилась, легла на рельсы, сломала дерево и была, наконец, задержана полицией. При приеме она лукаво улыбалась и объясняла напыщенным языком, что она совершила убийство и бесчисленное множество грехов, опоганила свою душу и тело, не умывалась и не причесывалась; у нее были грязные руки и ноги, она была всегда неаккуратна, притворно религиозна, зла, лакомка, лжива, ничему не хотела учиться. Она с радостью понесет всякое наказание; пусть ее пытают, она этого стоит. Она хотела бы исправиться, начать новую жизнь. Настроение ее при этом ни в коем случае не было подавленным, скорее задорным. По требованию она с комическим выражением прочитывала несколько стихотворений. Уже на следующий день развилось сильное возбуждение. Больная ломала руки, складывала их, как для молитвы, тихо шептала про себя, вдруг била себя по лбу, вырывала себе клок волос, кидалась на пол, вновь подымалась, открытыми руками ловила воздух, крестилась, терла себе крепко лицо, закрывала глаза, оставалась короткое время неподвижной. Затем вновь опускалась на колени, подползала к врачу, хватала его руку, вскакивала, убегала прочь, снимала чулки, топала ногами и начинала петь; она корчила гримасы, била, как безумная, в ладоши, по бедрам, по голым ступням, раскрывала свою блузу, сворачивалась и изгибалась, и все это не произнося, ни слова, испуская лишь время от времени короткий смешок. Внезапно она бросилась на пол и разразилась потоком самообвинений. Непосредственно за этим она была в состоянии дать довольно правильные сведения о своем прошлом и ее положении, правда обнаруживая при этом весьма большую отвлекаемость, а в конце стала совсем бессвязной.

В последующие дни больная вновь несколько успокоилась, стояла на коленях, молилась, плакала,

[1] Больной после приступа, длившегося 20 месяцев, сильно прибавил в весе и совершенно выздоровел. В продолжении протекших с того времени 26 лет его состояние, при некотором злоупотреблении алкоголем, многократно колебалось между раздражительностью и тоской

ломала, точно в отчаянии, руки. Ее грызет совесть, она была злее всех, она оскорбила Бога, пригвоздила его к кресту, вела себя как дура, должна у всех просить прощения. Временами она обнаруживала повышенную внушаемость, держала руки в том положении, какое им придавали, повторяла слова другой больной, подражала также ее жестам и без сопротивления позволяла укалывать себе язык, “потому что она им оскорбляла Бога”; язык в сущности следовало вырвать; ее надо бы пригвоздить к кресту, казнить, четвертовать. Из этого состояния развилось затем возбуждение, в котором вы сейчас и видите больную.

Мы видим, таким образом, многократное изменение картины болезни. Начало носило печать маниакальности; затем наступило успокоение с многочисленными идеями греховности, и II то же время продолжалось веселое настроение и возбудимость ноли. Непосредственно на смену этому состоянию явилось дикое возбуждение, которое пестрой сменой различных поступков совершенно соответствовало мании, но сопровождалось самобичеванием; обращало также внимание отсутствие разговорчивости. Затем стало вырисовываться меланхолическое состояние с оживленными выразительными движениями, подчас с задержкой самостоятельных волевых движений; новый поворот к маниакальному возбуждению мы видим перед собой в данный момент. Подобное разнообразие комбинаций картин психопатических состояний и их последовательности во времени можно наблюдать отнюдь нередко. Но в конечном итоге это всегда те же основные расстройства, которые мы, как фундамент, можем найти во всех изменчивых, переходящих одно в другое явлениях.

Убедиться в том, что разбираемый случай, несмотря на его многочисленные отклонения, принадлежит к обширной группе маниакально-депрессивного психоза, мы сможем из прежнего его течения. Мы узнаем, что больная проделала уже раньше ряд легко и быстро протекших, совершенно таких же приступов в 15, 16, 23, 25 и 28 лет. Более точные сведения у нас имеются относительно 3 последних приступов. При первом больная была маниакальной с религиозными идеями, но преходяще обнаруживала и тоскливое расстройство настроения. 25-ти лет в течение немногих дней она была в ясно выраженном маниакальном состоянии, 28-ми лет — несколько недель в меланхолическом с присоединением легких маниакальных черт; она некоторое время слышала голоса. В промежутках она была совершенно здорова. Ее бабушка умерла душевнобольной.

В то время, как непосредственная смена состояний уже наблюдалась ранее, смешение симптомов, для чего подобные переходные стадии образуют особенно благоприятные условия, ясно обнаружилось теперь впервые. Но и в этой форме можно распознать своеобразие основного процесса болезни. Анамнез дает нам подтверждение сделанному на основании картины болезни толкованию, и мы можем поэтому ожидать, что данный случай, если, быть может, и несколько медленнее, но приведет к полному выздоровлению. Конечно, мы не должны упускать из виду возможность в дальнейшем новых заболеваний, которые примут форму либо мании, либо меланхолии, либо смешанных состояний в той или другой комбинации.

IV лекция

Раннее слабоумие

Самое большое затруднение, которое приходится преодолеть начинающему врачу при распознавании душевных расстройств, заключается в том, что, с одной стороны, в течение одной и той же болезни могут друг друга сменять как будто противоположные картины, а, с другой стороны, совершенно различные болезни могут дать временами совершенно схожие состояния. Наивный способ учитывать одни лишь бросающиеся в глаза явления потому обманчив, что он обращает внимание на кричащие различия и сходства, но оставляет нас в полном неведении относительно сущности болезни, в то же время, важнейшие, но незаметные основные черты исчезают от внимания. Различие между легко распознаваемыми картинами психопатических состояний и скрывающимися за ними болезненными процессами первый со всей ясностью выдвинул Kahlbaum. Уменье отличать существенные черты клинической картины от привходящих сопровождающих явлений и, таким образом, распознать характер данного заболевания будет главной задачей наших рассуждений.

Вы видите сегодня перед собой крепко сложенного, упитанного, 21 летнего мужчину (случай 10), который несколько недель тому назад поступил в клинику. Он спокойно сидит, смотрит перед собой, не взглядывает, когда с ним заговаривают, но, очевидно, очень хорошо понимает все вопросы, так как он, правда, медленно и часто лишь после повторных настояний, отвечает вполне осмысленно. Из его коротких, произносимых тихим голосом показаний мы узнаем, что он считает себя больным, но более точных сведений о роде и признаках расстройства мы не получаем. Больной приписывает свою болезнь онанизму, которым он занимался, начиная с 10-ти летнего возраста. Этим он согрешил против шестой заповеди, его трудоспособность значительно пала, он почувствовал себя вялым и жалким и стал ипохондриком. Под влиянием чтения определенных книг он вообразил, что у него грыжа, что он страдает сухоткой спинного мозга, хотя ни того, ни другого на самом деле нет. Со своими товарищами он перестал встречаться, так как он полагал, что они, глядя на него, замечают последствия порока и высмеивают его. Все эти показания больной дает равнодушным голосом, не взглядывая на собеседника и не обращая внимания на окружающих. Выражение его лица не обнаруживает при этом никакого душевного движения; только легкая усмешка показывается время от времени. Кроме того, обращает на себя внимание еще то, что он иногда морщит лоб

или гримасничает: вокруг рта и носа появляется тонкое, меняющееся подергивание.

О своей прежней жизни больной дает удовлетворительные сведения. Его знания соответствуют степени его образования; он год тому назад получил аттестат зрелости для поступления в университет. Он знает, где он находится и сколько времени он здесь, однако, имена окружающих его лиц знает лишь нетвердо; он еще об этом не узнавал. Об общих событиях за последний год он также может сообщить лишь весьма скудные сведения. На словах он дает согласие пока остаться в клинике; конечно, ему было бы приятней, если б он мог найти для себя подходящую профессию, но он не может указать, за что бы он хотел взяться. Соматических расстройств, кроме весьма живых сухожильных коленных рефлексов, не обнаружено.

На первый взгляд поведение больного, быть может, напоминает меланхолическое состояние. Однако, при более внимательном наблюдении вы заметите всевозможные различия, в значении которых мы и хотим отдать себе отчет. Больной дает медленные и односложные ответы, но не потому, что его желание отвечать наталкивается на непреодолимые препятствия, а потому, что он совершенно не чувствует потребности говорить. Он слышит и совсем хорошо понимает, что ему говорят, но не лает себе труда обращать на это внимание, не слушает, отвечает, не подумавши, что ему взбредет на ум. При этом не наблюдается заметного напряжения воли; все движения также совершаются пило и без выражения, но беспрепятственно и без труда. О душевной угнетенности, как этого можно было ожидать по содержанию его признаний, не может быть речи; больной остается безучастным, не обнаруживая ни страхов, ни надежд, ни желаний. Его глубоко не задевает совершающееся вокруг него, хотя он все понимает без труда. Ему безразлично, кто кругом него, кто с ним говорит, кто о нем заботится, он даже не справляется об имени этого человека.

Это своеобразное, глубоко проникающее отсутствие эмоциональной окраски всех жизненных впечатлений при хорошо сохранившейся способности усваивать восприятия и запоминать является отличительным признаком разбираемой нами болезни. Это становится еще заметнее при дальнейшем наблюдении, когда мы видим, что больной, несмотря на свое хорошее образование, недели или месяцы лежит или сидит, не ощущая ни малейшей потребности в занятии. Наоборот, он смотрит в одну точку и сидит не двигаясь, с ничего не выражающим лицом, на котором то и дело появляется пустая улыбка, иногда перелистывает какую-либо книгу, ничего не говорит и ни о чем не заботится. При посещениях он безучастен, не расспрашивает о домашних делах, едва здоровается с родителями и равнодушно возвращается в отделение. Лишь с трудом можно его заставить написать письмо; он говорит, что он не знает, что ему писать. Однако, при случае он сочиняет письмо к врачу, в котором в сносной форме, но довольно бессвязно в кривых и половинчатых мыслях со своеобразной, плоской игрой слов, просит "о внесении несколько более allegro в лечение", "о свободных движениях для расширения горизонта", "ergo пожертвовать немножко души для лекции", хочет, "только nota bene, ради Бога не быть присоединенным к клубу простофиль"; "профессиональное занятие — это жизненный бальзам".

Эти отрывки, равно как и его признания, что он размышляет о мире, создает себе моральную философию, не оставляют сомнения в том, что здесь имеется наряду с эмоциональным оскудением значительная степень слабости суждений и расщепления психики, несмотря на то, что знания, требующие только памяти, мало или вовсе не потерпели ущерба. Здесь дело идет о своеобразном эмоциональном и умственном оскудении, которое лишь внешне напоминает меланхолические депрессивные состояния. Это оскудение есть проявление весьма частого болезненного процесса, который мы пока обозначаем термином "раннее слабоумие" — dementia praecox.

Развитие болезни произошло с большой постепенностью. Наш больной, оба родителя которого перенесли преходящую "тоску", поступил в школу лишь в 7 лет, так как он был слабым ребенком и плохо говорил, но в школе он занимался хорошо; он слыл замкнутым, своенравным мальчиком, как мы это часто слышим о прошлом подобных больных. Раньше он много онанировал, последние годы стал уединяться, полагал, что его высмеивают сестры и братья, что его не принимают в общество из-за некрасивой внешности, не переносил поэтому зеркала в своей комнате. Когда он год тому назад сдал свою письменную дипломную работу, его освободили от устного испытания, так как он не был в состоянии подготовиться. Он много плакал, сильно онанировал, бегал безцельно, играл бессмысленно на рояли, делал свои умозаключения об "игре нервов в жизни, с которой он не мог справиться". Ко всякой, даже физической работе он был неспособен, чувствовал себя "негодным", просил дать револьвер, ел шведские спички, чтобы покончить с собой, и потерял всякую душевную связь со своей семьей. Временами он становился возбужденным, шумливым, по ночам громко говорил в окно. И в клинике также наблюдалось длительное возбужденное состояние, во время которого он спутанно болтал, корчил гримасы, бегал, громко ступая и сочинял бессвязные произведения, которые он затем разукрашивал вкось и кривь завитками и бессмысленно набранными буквами. О причине своего странного Поведения он после быстро наступившего успокоения не мог дать никакого объяснения[1].

Кроме умственного и эмоционального отупения мы встречаем в данном случае еще некоторые другие, имеющие серьезное значение симптомы. Сюда прежде всего относится пустой глуповатый смех, какой мы бесконечно часто наблюдаем при раннем слабоумии. Веселого настроения в соответствии этому смеху нет;

[1] Больной без изменения возвратился на попечение своей семьи, а теперь в течение 15 1/2 лет находится в больнице в состоянии тупости и слабоумия; он еще в состоянии играть на рояле с хорошей техникой и соблюдая такт, но без всякого выражения.

отдельные больные, напротив, жалуются; что они были вынуждены смеяться в то время, как им было далеко не смешно на душе. Второе важное болезненное явление это то, что он гримасничает, корчит рожи, а также наблюдается тонкое по-дергиванье лицевых мускулов, что весьма характерно для раннего слабоумия. Далее, следует указать на склонность к своеобразно напыщенным оборотам речи, к бессмысленной игре слогами и словами, которая при этой болезни принимает весьма оригинальные формы. Наконец, я хотел бы еще обратить внимание на то, что больной не берет протянутой ему руки, а просто протягивает свою прямо в пространство; и в этом также мы усматриваем первый намек на расстройство, которое при раннем слабоумии часто резко развивается. Здесь мы имеем дело с извращением обычных волевых проявлений, которое мы обозначаем как “манерничанье”.

В высшей степени интересным сопутствующим раннему слабоумию явлением является не раз отмеченная Bitke потеря постоянных легких колебаний размера зрачка, так называемой “игры зрачков”, видимой лишь через сильное увеличительное стекло, кроме того отсутствие расширения зрачка при страхе и боли, как и при умственной работе. Часто также будто бы отсутствуют плетисмографические колебания объема руки под действием холода и боли. Можно предположить, что эти свойства, которые при случае могут приобрести большое диагностическое значение, находятся в определенном отношении к эмоциональному отупению больного.

Начало совершенно незаметно возникающих при этой болезни изменений происходит обычно в юношеском возрасте; Hecker описал подобные случаи, ведущие к слабоумию с нелепостью, под названием “юношеское помешательство”, гебефрения. Степень расстройства может быть весьма различна. Довольно часто оно ограничивается простым падением работоспособности и изменением характера, что окружающими оценивается и третируется, как “нервный крах” или подлежащее наказанию беспутство. В этих случаях говорят о “dementia simplex”. Каждый из Вас вспоминает школьных товарищей, которые с определенного времени без видимых поводов непонятным образом останавливались в своем развитии и не оправдывали возлагаемых на них надежд. Во многих случаях причину болезни усматривали в столь распространенном у наших больных онанизме; но это, конечно, лишь сопровождающее явление. Онанизм стоит в определенной связи с ясно выраженной склонностью больного уединяться от окружающих и заниматься лишь самим собой — явление, названное Bleuler'ом аутизм.

Часто начинается раннее слабоумие с депрессивного состояния, которое в начале можно принять за меланхолическое. Для примера я покажу вам 22-х летнего поденщика (случай 11), поступившего впервые в клинику уже 3 года тому назад. По собранным сведениям он происходит из здоровой семьи и хорошо учился. За несколько недель до приема в клинику у него было несколько приступов страха. Он сделался тогда расстроенным, неуверенным, рассеянным, смотрел упорно в одну точку, говорил спутанно и высказывал неясные идеи греховности и преследования. При приеме он давал колеблющиеся отрывочные ответы, решал арифметические задачи, исполнял приказания, но не знал, где он находится. По собственному почину он почти никогда не говорил или лишь бормотал несколько трудно понимаемых слов “происходит война, он не станет больше есть, будет жить Божьим словом; ворон у окна и хочет съесть его мясо” и т. п. Несмотря на то, что он хорошо понимал вопросы и даже легко давал себя отвлечь, он совершенно не интересовался окружающим, не имел потребности выяснить свое положение, не выражал ни страха, ни желаний. В большинстве случаев он лежал в постели с неподвижным, бессмысленным выражением лица, но также часто вставал, чтоб либо опуститься на колени, либо медленно бродить. Все его движения обнаруживали при этом известную связанность и несвободу; члены оставались некоторое время в том же положении, которое им придавали. Если при нем быстро подымали руки, то он этому движению подражал; бил в ладоши, когда ему это показывали. Эти явления, которые мы, с одной стороны, определяем, как “восковую гибкость”, flexibilitas cerea, каталепсию, с другой стороны, как эхопраксию, нам знакомы из опыта гипнотических сеансов. Они всегда являются признаками своеобразного волевого расстройства, различные проявления которого мы объединяем названием “автоматическая подчиняемостъ”. Сюда же относится и явление, когда больной без защитных движений, хотя иногда с плаксивыми гримасами на лице, дает себя уколоть в лоб или в складку века и по требованию высовывает всякий раз язык, несмотря на то, что ему угрожают проткнуть его и даже приступают к исполнению угрозы. Больной не в состоянии дать объяснения своему странному поведению, он не может сказать больше того, что этого добиваются, что он должен так сделать. Из других расстройств у нашего больного следует еще отметить разницу зрачков, а также припадок с потерей сознания с судорогами в руках.

В течение ближайших месяцев состояние улучшилось. Сознание больного стало яснее, он сделался естественнее в своем поведении, имел отчетливое сознание болезни, но оставался поразительно тупым, безучастным, почти без мыслей. Тем не менее он нашел на воле занятие и лишь год тому назад вернулся вновь в клинику. Он бросился под поезд, потерял при этом правую ногу и поломал левую руку. На этот раз он был сознателен, отдавал себе отчет в окружающем, обнаружил весьма хорошее знание географии и счета, но по собственной инициативе ни с кем не заговаривал, лежал отупелый, с ничего не выражающим лицом, не интересуясь и не обращая внимания на происходящее вокруг него. Как причину своей попытки самоубийства он указал свою болезнь; год тому назад ему “проломило” мозг. С тех пор он не может один мыслить; другие знают его мысли, говорят о них, слышат, когда он читает газету.

В таком состоянии больной остается еще и сегодня. Он равнодушно смотрит перед собой, не оглядывается в новой обстановке, не взглядывает, когда заговаривают с ним. Тем не менее при настойчивых

вопросах удается получить от него отдельные правильные ответы. Он знает, где находится, знает год и месяц, имена врачей, решает простые задачи, может назвать несколько городов и рек, но одновременно называет себя сыном кайзера — Вильгельм Rex. Его положение не заботит его, он хочет здесь остаться; его мозг ранен, его сосуды открыты. Ясно обнаруживается восковая гибкость и эхопраксия. На требование подать руку он, подобно предыдущему больному, прямо вперед протягивает ее, не пожимая.

Вы легко узнаете, что мы имеем перед собой состояние слабоумия,[1] при котором способность понимания и сохранение ранее приобретенных знаний значительно менее пострадали, чем способность суждения и в особенности, чем эмоциональные движения и тесно связанные с ними волевые проявления. Сходство картины болезни с ранее рассмотренной очень велико, несмотря на различное развитие болезни. И именно полная потеря эмоциональной живости, равнодушие и отсутствие всякого стремления к деятельности являются столь своеобразными и глубоко проникающими изменениями, что они в обоих случаях накладывают на картину болезни свою определенную печать. Они являются, на ряду с разорванностью мышления и несвободой воли, самыми длительными и характерными основными признаками раннего слабоумия. Напротив, бредовые идеи и галлюцинации, наблюдаемые, несомненно, очень часто, могут совершенно отсутствовать или возникать лишь преходяще, но от этого не меняется сущность болезненного процесса. Однако, мы должны запомнить как, правило, что депрессивные состояния, сопровождаемые уже при самом возникновении живыми галлюцинациями или запутанными бредовыми представлениями, в большинстве случаев являются началом раннего слабоумия. Состояние тревоги или тоскливое настроение могут вначале быть весьма живыми, но эмоциональный тонус быстро исчезает, хотя даже внешние признаки — страх и тоска еще некоторое время остаются. Значительно дольше обычно удерживаются расстройства воли, но они также во многих случаях теряют свою яркую форму и могут ограничиться некоторой неподвижностью, связанностью движений, маленькими странностями поведения и недоступностью по отношению к посторонним воздействиям.

Если вы теперь взглянете на стоящего перед вами крепко сложенного 35-ти летнего почтальона (случай 12), то вы с трудом поверите, что этот человек несколько дней тому назад не только пытался покончить с собой, но хотел также уговорить свою жену умереть вместе с ним, после того как его неделей раньше сняли без сознания с водопроводной трубы. Бледный, осунувшийся больной вполне сознателен, знает где находится, понимает свое положение и на вопросы дает верные, толковые ответы. Он болен 5 недель, страдал головными болями, полагал, что его товарищи говорят о маленьких упущениях, совершенных им на прежних службах. Он слышал, как сказали: “Мы тебя изловим; подымем тебе рубашонку”; кое-чего он и не понял; ему прямо в ухо телефонировали. Из-за голосов он тогда повесился. После этого он продолжал работать, но продолжал испытывать страхи, боялся, что он пустил в оборот фальшивые деньги, за что попадет в тюрьму, ощущал спутанность в голове, требовал от жены, чтобы она вместе с ним застрелилась, так как она будет несчастна, если он попадет в тюрьму. Он не мог ни есть, ни спать, постоянно делал себе упреки. На потолке он видел голову, которой он вначале боялся, затем он с закрытыми глазами видел 2 доски, одна из них была расколота и на ней был дом с окнами и радуга.

О всех этих переживаниях больной рассказывает с улыбкой на лице, напыщенным языком. О своей попытке к самоубийству он больше не думает, равно как и о том, как его поместили в больницу. Он подает руку неподвижной с растопыренными пальцами, обнаруживает ясно выраженную каталепсию и эхопраксию, также и в форме “эхолалии”, повторяя обращенные к нему слова, подчас коверкая их. В первое время своего пребывания в больнице он почти целые дни проводил в постели, часто с закрытыми глазами и без движений, не поворачиваясь, когда к нему обращались или даже когда его кололи иглой. Как он при случае объяснял, он слышал голоса, рассказывавшие ему всевозможные вещи, окликавшие его. Он шёпотом рассказывал, что видел вверху голубое сердце, позади дрожащий солнечный луч и опять голубое сердце, “сердце женушки”; он видел также молнии, кометы с длинными хвостами; солнце всходило с противоположной стороны.

Относительно последних дней должно еще указать, что больной вдруг, без повода стал отказываться от пищи, так что мы вынуждены были прибегнуть к кормлению через зонд. Предложение написать своей жене он отвергает со ссылкой на то, что у него более важное дело. Он также не желает ее посещения: не стоит, мол, труда. При требовании показать язык он, правда, открывал рот, но с большой силой сворачивал язык назад к мягкому небу. Временами он внезапно становился слепо агрессивным по отношению к окружающему, причем повода для своего поведения он потом не мог указать. Из соматических признаков болезни должно разве отметить живые сухожильные коленные рефлексы.

От вашего внимания не может ускользнуть, что в данной картине болезни мы вновь находим ряд признаков, которые уже были нами обнаружены при ранее разобранных случаях: душевная тупость, отсутствие самостоятельных волевых побуждений и повышенная внушаемость воли. Это говорит за то, что данный случай относится к той же форме заболеваний, что и оба предыдущие. Здесь особенно обращает на себя внимание непонятность и скачки в проявлениях воли у больного. С одной стороны он, без рассуждений повинуется всем требованиям, с другой вдруг без видимого основания противится принять пищу, показать язык, подавляет свои естественные импульсы. Обычные движения, как то подача руки, разговор производится им в своеобразной форме, слова при повторении коверкаются. Сюда примешиваются

[1] Больной находится уже 13 лет в псих. больнице, сделался совершенно слабоумным и стал манерным.

непосредственные импульсивные действия, агрессивность по отношению к окружающим, для чего больной сам не может указать повода. Источник этой бессмысленности воли следует искать в потере связи в цепи душевных явлений, что также сказывается в разорванности мышления и в несоответствии между содержанием представлений и степенью их эмоциональной окраски. Stransky говорит об “интрапсихической атаксии”, а Bleuler, предложил поэтому называть раннее слабоумие “шизофренией”, психоз расщепления.

В предыдущих наших наблюдениях болезнь уже длилась несколько лет и привела к состоянию неизлечимого оскудения. Как нас учит опыт, таков бывает чаще всего исход раннего слабоумия. Значение нашего диагноза заключается в том, что мы уже теперь, в самом начале болезни, можем с достаточной достоверностью предсказать ее исход в виде своеобразного состояния слабоумия, подобно тому, как нам удалось прийти к определенным выводам относительно дальнейшего течения при циркулярном ступоре. Но, во всяком случае, наше предсказание не непреложно. Возможность полного длительного исцеления от этой болезни нельзя в данный момент с уверенностью ни утверждать, ни исключить. Без сомнения, нередко имеют место улучшения, которые практически должны быть признаны выздоровлением. Больные становятся способными вновь занять свое место хотя бы они и понесли некоторый урон в умственной и эмоциональной жизни и в работоспособности или сохранили другие следы прежних болезненных явлений. Важнее то, что большинство этих улучшений лишь временное, и что подобные больные находятся под сильной угрозой вновь заболеть через несколько лет без всякого особого повода, что приводит их, обычно, к еще более сильным расстройствам. В нашем случае 11 можно отметить подобное, правда весьма незначительное, улучшение с позднейшим возвратом болезни; также и у нашего последнего больного мы можем надеяться на исчезновение имеющихся теперь расстройств, но мы должны быть готовы к новой вспышке болезни впоследствии.[1]

V лекция

Кататония

Своеобразные картины предстоит мне сегодня показать Вам. 24-х летняя девушка (случай 13), которую ввезли сюда на постели, находится в полусидячем положении. Глаза у нее закрыты, руки приподняты до уровня головы, пальцы изогнуты, как когти, рот широко открыт. Больная ничем не обнаруживает, что замечает или понимает обращения к ней, приказания не исполняются. Если взять руку больной, то ощущается, как все мускулы руки крайне напряжены; каждая попытка, как-нибудь изменить странное положение тела, ведет за собой сильное сопротивление. При попытке поднять веки, больная крепко их сжимает; глазное яблоко при этом уходит кверху. При отклонении верхней части туловища назад, слегка вытянутые и перекрещенные ноги сохраняют свое положение, поднимаясь от своей прежней точки опоры. Уколы в лоб или в верхнее веко не вызывают ни общего вздрагивания, ни оборонительного движения; только глубокий укол булавкой в нос вызывает легкое моргание и покраснение лица, что доказывает, что больная не совсем потеряла чувствительность. Мы видим, как вслед за этим больная совершенно самостоятельно вытягивается и долгое время делает в такт туловищем движения покачивания, которые также внезапно прекращаются. К этому я хочу добавить, что больная большею частью неопрятна в постели и вот уже несколько недель не принимает пищи и ее кормят через зонд. Что характеризует, прежде всего, данное состояние, это полная отчужденность от всякого внешнего воздействия, далее отсутствие всякого самостоятельного волевого стремления, за исключением упорного сопротивления. Так как больную ни угрозами, ни болевыми раздражениями нельзя вывести из принятого ею положения, то мы должны признать, что ее поведение не обусловливается ни определенными соображениями, ни страхом; предположение, которое впоследствии при расспросах подобных больных обыкновенно подтверждается. Сопротивление, распространяющееся на все волевые проявления, является здесь импульсивным, неосмысленным, без понятного основания и благодаря этому называется “негативистическим”.

Дело идет здесь о психической противоположности автоматической подчиняемости; там мы имеем дело с импульсивным подчинением внешним влияниям, здесь с импульсивным сопротивлением. Изучение негативизма потому особенно важно, что он является необычайно частым симптомом раннего слабоумия и только редко встречается в таком виде при других заболеваниях. Его внешние проявления очень разнообразны. То он узнается только по известной недоступности больного при попытке проникнуть в его душевные переживания, то по скрытому, уклончивому поведению, то по неразговорчивости, по уклончивым, ничего не говорящим ответам, по отворачиванию головы, по отклонению взгляда при разговоре, по отдергиванию руки при приветствии. Яснее негативизм проявляется при полном молчании, при “мутацизме”, при отказе от пищи, при задержке испражнений, причем больные не испражняются в судно, а, непосредственно сойдя с него, на пол или в постель. К разряду тех же явлений принадлежат: залезание под одеяло, под кровать. Закрывание лица, глаз, сопротивление против всякого воздействия.

[1] Больной, необыкновенно поправившись физически, но без настоящего понимания своей болезни, после 3-х месячного пребывания в клинике, был выписан. Он находится в течение 16 лет дома, считаясь здоровым.

Наконец, для понимания сущности негативизма следует обратить внимание на то, что больные делают именно совершенно противоположное тому, что их просят: стоят неподвижно или идут обратно, когда их зовут, поют, когда их уговаривают соблюдать тишину, сжимают рот когда их принуждают есть. Вследствие этого кажется, что возникающее здесь волевое стремление уже при самом своем возникновении подавляется противоположным стремлением, которое и определяет поступок.

Следующее особое расстройство, с которым мы встречаемся здесь, выражается в упорном сохранении одного и того же положения тела и в однообразном повторении одинаковых бессмысленных движений. Мы говорим при этом о "стереотипии" положения и движений, которая сопровождает разнообразные формы раннего слабоумия.

Особую форму, которую приняла в нашем случае картина раннего слабоумия, мы вместе с Kahlbaum'ом называем "кататония" или психоз напряжения. Вышеназванный исследователь в 1874 году под этим названием описал болезнь, отличительными признаками которой является оцепенение в мышцах, которое при внешнем воздействии только еще усиливается. Болезнь должна пройти через целый ряд различных состояний и окончиться или выздоровлением, или слабоумием. Описание Kahlbaum'a, долго оспариваемое, оказалось в главных чертах верным, хотя оказалось, что оно относится к одной из форм раннего слабоумия. К особым "кататоническим" симптомам болезни относятся, кроме негативизма и автоматической подчиняемости, манерность, стереотипия, наконец появление импульсивного возбуждения.

При этом должно отметить, что наличие подобных расстройств не обозначает тем самым непременное существование кататонии; они встречаются в подобной, хотя не столь резко выраженной форме, и при других заболеваниях, в случаях же принадлежащих к; раннему слабоумию они особенно часты и ясно выражены. В ступорозном состоянии, как оно представлено у нашей больной, отсутствие волевых проявлений обусловлено главным образом негативизмом, бессмысленным подавлением всякого стремления, в то время, как при ранее (случай 3) нами рассмотренном "циркулярном" ступоре, оно зависит от аффективного заторможения. Это видно из беспомощного вида больного, из попыток к движению, из бесплодных усилий исполнить наши приказания, часто также из исчезновения препятствия при душевном возбуждении, при угрозах, при настойчивом понукании, при посещении родственников. Если мы при этом вспомним о заторможенной повозке, которую смотря по обстоятельствам, при большем напряжении силы, хотя и медленно, но можно двигать вперед, то поведение наших негативистических больных соответствует повозке совсем без лошади, или запряженной задом на перед, т. к. возникающее волевое стремление уже при своем появлении просто подавляется, или же заменяется противоположным стремлением. Из анамнеза больной, 6 месяцев тому назад принятой в нашу клинику, мы узнаем, что только в отдаленной, боковой линии имеется одно психическое заболевание. Сама она училась очень хорошо, любила читать и долгое время была во Франции воспитательницей. Она не обнаруживала никакого стремления к мужскому обществу, и вообще имела мало знакомств. 10 месяцев тому назад, 2 месяца спустя после сильного душевного потрясения, у нее началось тревожное настроение, постепенно усилившееся. Спустя несколько недель она совершенно перестала говорить и сделалась малоподвижной. Когда ее привезли к нам, она находилась уже в том же состоянии, что и сейчас. Однако, за это время картина несколько раз изменялась на некоторое время. Больная вдруг вскакивала с постели, напевая про себя что то непонятное, бегала кругом или часами производила однообразные, бессмысленные движения и затем снова впадала в прежний ступор. В то время как пищу больной удается с большим трудом вливать сквозь сжатые зубы или даже ее приходится кормить через нос зондом, иногда больная внезапно вырывает пищу у соседних больных и с жадностью пальцами запихивает ее в рот. Несколько раз на короткое время она была очень приветлива и давала ответы, затем снова без причины замолкала; иногда она внезапно набрасывалась на окружающих. При посещении родственников была совершенно недоступной.

Начало болезни с депрессивного состояния мы уже встречали раньше (случай 11) при раннем слабоумии, так же как и аутическое поведение в юности (случай 10). Мы видим здесь, как в кататонический ступор вклиниваются непонятные, стереотипные движения и импульсивные поступки, два очень обыкновенных явления, обнаружению которых благоприятствует также тяжелое расстройство целесообразности и последовательности волевых актов. Возможно, что дальнейшее течение случая, который может затянуться на годы, принесет гам или дальнейшее сохранение теперешнего состояния, или усиление возбуждения, до сих пор появляющегося только временами, или же наконец постепенное или внезапное исчезновение ступора без особенно бросающихся в глаза остатков болезни. В первом случае по всему вероятию концом заболевания будет тяжелое слабоумие. В общем этот неблагоприятный исход болезни при кататонических формах раннего слабоумия бывает, пожалуй, менее частым, чем в других случаях, здесь чаще встречается остановка болезни, улучшение и может быть даже выздоровление. Попытки лечения, которые делались, исходя из различных точек зрения, особенно в связи с состоянием закрытых желез, оказались до сих пор безрезультатными. Они сулят очень мало надежды до тех пор, пока совершенно еще нам неизвестны причины и сущность столь частого и тяжелого заболевания, протекающего с тонкими разрушительными процессами в мозговой коре.

Следующий больной, которого я хочу сегодня показать Вам, 26 летний купец (случай 14). Его ведут под руки, он волочит ноги и идет с закрытыми глазами и повисшей головой; затем в изнеможении опускается на стул. Бледное лицо, лишенное выражения, не оживляется при разговоре. Больной не отвечает на вопросы, не исполняет приказаний. Если уколоть его иголкой в нос, в лоб или прикоснуться к роговой оболочке, то в

лучшем случае замечается легкое мигание или покраснение, но без попытки к оборонительному движению. Временами больной совершенно неожиданно начинает тихо смеяться. Если поднять руку больного вверх, то она падает вялой и остается в положении, которое случайно примет. Лишь после повторного, настойчивого требования больной открывает, наконец, глаза, подает руку, которую сует вперед толчкообразными, напряженными и угловатыми движениями и оставляет ее в этом положении. Если больному откинуть назад голову, то он остается в этом неудобном положении и в тоже время напряжено вытягивает вперед приподнятую мною ногу. Постепенно удается вызвать и другие признаки автоматической подчиняемости. Больной поднимает руки, когда кто-либо это проделывает перед ним, подражает с большой точностью и быстротой толчкообразным и вертящимся движениям, вращению кулаков. Зато он не говорит ни слова, сжимает губы, когда требуется показать язык, не соглашается писать, остается совершенно немым, если не считать повторный и неожиданный бессмысленный смех, повторяет, однако, "эхолалически" с закрытым ртом несколько громко произнесенных перед ним слов. Требование уйти — больной выполняет тотчас же.

У этого больного прежде всего бросается в глаза своеобразное расстройство воли. Совершенно непредвиденным образом он, с одной стороны, без участия собственной воли поддается постороннему влиянию, с другой — подавляет как естественные, так и обусловленные внешним импульсом волевые движения. Этот контраст лучше всего проявляется в повторении с закрытым ртом произнесенных перед больным слов. Больной уже в течении довольно продолжительного времени не открывает рта для разговора, но все же он не в состоянии вполне воспротивиться импульсу, требующему копирования того, что в его присутствии произнесено. Отсюда ясно, что негативизм и автоматическая подчиняемость составляют психологические, а не клинические противоположности. Оба эти расстройства наблюдаются не только одновременно у одного и того же больного, но и чрезвычайно легко переходят одно в другое, так что мы никогда не можем быть вполне уверены в том, встретим ли мы у больного в данный момент то, или другое из этих расстройств. Временами удается непосредственно перевести одно из них в другое с помощью разного рода вспомогательных средств, действующих путем внушения.

По-видимому, оба эти расстройства служат выражением того, что потеряно господство над волевыми импульсами со стороны сознающего цель рассудка, так что импульсы и противо-импульсы, как внутреннего, так и внешнего происхождения, беспорядочно определяют собою поступки больного. До некоторой степени можно бы это понимать так: хотя соображение у больного само по себе и не расстроено, но он без участия воли следует каждому на него воздействующему импульсу, или чрезвычайно упрямо отвечая на него длительным противоимпульсом, или повторяя бессмысленный волевой акт бесконечное число раз, притом всегда игнорируя собственные интересы.

Настроение нашего больного не имеет определенной окраски. Он отличается совершенной тупостью чувства: не обнаруживает никакого интереса к происходящему кругом него, даже к посещениям ближайших родных, во время которых выражение его лица нисколько не меняется и он не говорит ни слова. Больной не выражает никаких желаний и не о чем не беспокоится. В то же время, как в этом можно случайно убедиться, больной имеет ясное представление о своем положении, узнает окружающих и понимает все, что ему говорят. Мы, следовательно, и в данном случае еще раз встречаемся с той же группировкой расстройств, какую мы имели возможность установить в разобранных до сих пор случаях раннего слабоумия.

Такому пониманию отвечает, наконец, и анамнез. Отец больного перенес кратковременное душевное расстройство и не в состоянии был поэтому докончить своего образования. Больной наш учился с трудом, после того как перенес в юности тиф. Он легко возбуждался, был боязлив, был склонен к ипохондрическим страхам. Заболел он ½ года тому назад. В связи с разногласиями относительно его женитьбы, он стал боязлив, думал, что над ним везде смеются, опасался, что придется иметь дело с прокурором, и, наконец, считая, что его жизни грозит опасность, выпрыгнул ночью в одной рубахе из окна, причинив себе перелом пяточной кости. Уже при поступлении в клинику больной был в значительной степени тупым, охотно соглашался оставаться в клинике, хотя он не душевнобольной, а только страдает бредовыми идеями. Он думал, что его убьют: все представлялось ему очень изменившимся. Голоса беседуют с ним о всевозможных семейных делах. Каталепсия, эхолалия и эхопраксия были очень ясно выражены.

В дальнейшем течении все ярче выступало у больного отсутствие критики и тупость чувства. Он думал, что мясо, которое ему предлагают, человеческое. В газетах пишут все о нем. Убийство императрицы австрийской и мирная конференция связаны с ним. Его мать намерена убить его. Он худший из людей. Врача он называл немецким кайзером, выкрасившим свою бороду; другого господина называл Христом. Все это он высказывал равнодушным тоном, без малейшего чувства. Временами он повторял бессмысленные рифмы: "hem, hem, kem, dem; schem, rem", или же многократно повторял одни и те же непонятные фразы: "один за всех и все за одного, и двое за всех и трое за всех, и здесь, и там, и везде и всемогущество, и всемогущество, и всемогущество" и т. д., — явление, которое Kahlbaum обозначает, как "вербигерацию". Постепенно он становился все тише и тише, вовсе перестал говорить и есть, залезал под одеяло, принимал чрезвычайно неудобные позы, слюна текла у него изо рта. Лишь в последнее время он стал несколько живее.

Здесь снова мы встречаем целый ряд уже знакомых нам расстройств: галлюцинации, чудовищные бредовые сочетания, эмоциональную тупость, автоматическую подчиняемость, негативизм, странные позы, вздорные речи с набором слов. К этому здесь присоединяется однообразное повторение бессмысленных фраз и слюнотечение, черты, которые еще в большей мере дополняют картину раннего слабоумия. О дальнейшем течении данного случая можно сказать, что эти столь резко выраженные теперь симптомы

вероятно постепенно побледнеют, зато останется более или менее значительное слабоумие[1].

Наша сегодняшняя третья больная, 29-летняя девушка (случай 15), проявляет сильное беспокойство. Будучи введена в залу, она опускается на пол, катается по полу, стучит ногами, хлопает в ладоши, дергает и взъерошивает себе волосы, вырывает целый клок их, гримасничает, прячет лицо, плюет вокруг себя. На обращение или уколы булавкой она, большей частью, вовсе не реагирует, но сильно сопротивляется, когда хотят взять ее руку или влить ей в рот воды. Она не исполняет никаких требований, не показывает языка, закрывает глаза, как только хотят их исследовать. Из отдельных, быстро брошенных ею ответов и замечаний следует, однако, что она не только понимает вопросы, но и довольно ясно сознает окружающее. Она большею частью громко выкрикивает совершенно бессмысленные отрывочные слова, не имеющие никакого отношения к ее положению: “пупп — бупс — моль — Вы — знаете — температура — страховое — от огня — вода — вода — креолин — накажи Вас Бог — 20 марок — скажи, что вода креолин — не заглядывай сюда — 20 марок — скажи, что такое, прочь это — благодарю — 20 марок — скажи, чего хочешь — накажи ее Бог — вода — я нет — 20 марок — так — накажи ее Бог — милое дитя — так — оставайся дома с женой своей — сокровище — ау — свинья — скажи, чего хочешь — благодарю” и т. д. Говоря это, она каркает по-вороньи, поет петухом, начинает затем внезапно и выразительно петь хорал, переходит к уличной песенке, развязно смеется и тут же начинает громко всхлипывать. Состояние питания у пациентки нежного сложения весьма плохое: губы растрескались, покрыты корками; лицо красное, пульс сильно учащен. Во рту свежие сифилитические язвы, которые, вследствие сильного сопротивления больной, удается исследовать, впрочем, весьма не обстоятельно.

Что при этом состоянии тяжелого возбуждения, прежде всего бросается в глаза, так это — противоположность между полной спутанностью речи и незначительным нарушением способности воспринимать впечатления и ориентироваться. Больная обращается к врачу со словами: “г. доктор”, делает верные замечания по поводу отдельных фактов, происходящих вокруг нее, но в тоже время не дает ответа на простейшие вопросы, а медленно, не торопясь, произносит бессвязные слова и восклицания. При этом весьма заметно частое повторение, одних и тех же оборотов, а также иногда игра рифмами и созвучиями. Больная, по-видимому, нисколько не интересуется окружающим, несмотря на хорошее восприятие впечатлений; всему сопротивляется и все отталкивает. Настроение ее в общем равнодушное, скорее даже веселое и лишь временами бывает грустным. Ее беспокойство бесцельно, однообразно: то, что она делает, не есть поступки, а лишь движения. Ее поведение, поэтому кажется здоровым людям непонятным и странным.

Если с первого взгляда больную, пожалуй, можно счесть за маниакальную, то более тщательное наблюдение укажет нам много черт, отличающих ее от маниакальных больных. Сюда относится малая доступность больной при сохранившейся способности воспринимать окружающее, полная бессвязность ее речи при сохранившейся сознательности, повторение тех же самых оборотов речи, недостаток эмоциональной окраски, бессмысленность и однообразие волевых проявлений. Эти расстройства противоположны повышенной отвлекаемости плохо воспринимающих маниакальных больных, их ассоциациям, связанным со скачкой идей, недостатку осмышления у них, постоянной смене представлений, яркости их чувственных переживаний, их стремлению к деятельности, ищущей все новых целей. Мы узнаем, напротив того, в негативистическом отказе от связи с окружающим, в разорванности хода мышления, в эмоциональной тупости, в стереотипии в речи и в поведении, симптомы болезни, свойственные раннему слабоумию. С более слабым проявлением подобных расстройств, возникавшем эпизодически, мы уже встречались при кататонических ступорозных состояниях (случай 13); вследствие частоты такой связи мы называем это состояние кататоническим возбуждением.

Отец нашей больной был пьяница. Сама она отличалась слабыми способностями. На 23-м году, после незначительного повреждения головы, осложнившегося, по-видимому, рожей, была замечена перемена в поведении больной. Она стала застенчивой, замкнутой, поразительно забывчивой и боязливой: ей казалось, что горит, и она поэтому лила воду к себе в постель, мочилась на свою подушку, ей являлись привидения и она быстро пришла в состояние сильного возбуждения, по-видимому очень похожего, на теперешнее. Здесь в клинике, куда больную тогда доставили, она не отвечала на вопросы, монотонно выкрикивала отдельные, отрывочные слова, принимала странные позы и, спустя короткое время, перешла в состояние полного ступора, из которого вышла спустя несколько недель, не будучи в состоянии ближе описать свою болезнь. После выписки она стала, в противоположность прежнему своему поведению, вести неправильный, легкомысленный образ жизни. Она заразилась сифилисом и родила 3 детей вне брака, из которых последнего она задушила в своей кровати вскоре после его рождения. Во внимание к ее ограниченности больная была приговорена за это к 2 г. 3 м. тюремного заключения. Этот факт поразительно мало подействовал на нее, она слабоумно улыбалась при разговоре об этом.

После осуждения ей предстояло еще проделать лечение втираниями, но внезапно, спустя 8 недель, она заболела психически и потому снова была доставлена в клинику. Она находилась тогда, в состоянии самого бессмысленного возбуждения, царапала и била себя, рвала на себе волосы, каталась по полу, бросалась с кровати на пол, результатом чего появилось много кровоподтеков на верхних и нижних конечностях. Из

[1] После некоторого улучшения, оставаясь слабоумным и нелепым, прибыв в весе на 24 кило, больной перешел в патронаж. Позднее он поступил вновь в больницу, где после 5-летнего продолжения болезни умер.

желудка выделялась при промывании вонючая густая жидкость, изо рта — гнойная слизь и кровянистые корки. Больная давала отдельные осмысленные ответы, но большей частью говорила непонятно, с криком требовала воды и разливала, как только ее приносили. Вся эта картина весьма походила, следовательно, на теперешнюю, будучи лишь гораздо тяжелее. С большим трудом удалось, путем частых промываний желудка и кормления зондом, а также опорожнения переполненного кишечника, поднять сильно упавшее питание. Уже спустя несколько дней беспокойство улеглось и, по-видимому, совершенно пришедшая в себя больная снова стала много есть. Теперь, спустя 4 недели после ее поступления, вот уже несколько дней, как наступил рецедив возбуждения. Мы постараемся бороться с ним, как и прежде, заботясь о питании и применяя длительные ванны вперемежку с 2-х часовыми влажными обертываниями, мероприятия, которые в подобных, тяжелых случаях действуют обыкновенно великолепно. Вероятно, мы снова и быстро добьемся успокоения. Правда, весьма сомнительно, чтобы состояние нашей больной, когда бы то ни было снова стало удовлетворительным. Прежде всего она с детства была ограниченных способностей; сохраняет, однако, как это удалось установить в светлые промежутки, скудные школьные познания, помнит также прежнее свое пребывание в клинике и тогдашних ее врачей. Подобное развитие раннего слабоумия на почве врожденной или в раннем детстве приобретенной умственной слабости не очень редко, так что подозрение, что заболевание надо отнести еще к периоду юности может быть имеет под собой почву; в этих случаях говорят о “добавочной гебефрении” (Propfhebephrenie). С другой стороны, мы наблюдаем то же заболевание как раз и у особенно способных учеников. Дальнейшим моментом, ухудшающим прогноз, оказывается в данном случае то обстоятельство, что после первого приступа болезни, по-видимому, совершилось глубокое изменение всего существа больной. Уже раньше мы указывали на то, что улучшение в течении раннего слабоумия оказывается обыкновенно не настоящим выздоровлением. Всевозможные следы от прежних расстройств, как и наклонность к последующим рецедивам, доказывают нам, что болезнь создала известную степень психической инвалидности. Из числа этих оставшихся следов болезни особенно важны, как и в нашем случае, эмоциональное оскудение, далее отсутствие сознания перенесенной болезни, несвободность в поступках и поведении, намеки на каталепсию, манерность, негативистическое упрямство, замкнутость и недоступность. Окружающие часто даже не догадываются о патологическом значении происшедших перемен. Оно становится зато ясным, когда впоследствии наступают рецидивы. В нашем случае, по-видимому, содействовала появлению рецидива совокупность послеродового периода, судебного процесса, осуждения и, наконец, лечение втираниями. Исход в лучшем случае, сведется к слабоумию в значительной степени[1].

VI лекция

Исходные состояния раннего слабоумия

Пестрое разнообразие клинических картин, которые мы связываем названием раннего слабоумия, необыкновенно затрудняет причисление их к одной и той же сборной группе. Но уже одно то обстоятельство, что после короткого или долгого времени во всех случаях обнаруживаются признаки психической слабости, должно вести к тому предположению, что здесь мы имеем дело с формами одного и того же болезненного процесса. В то же время оказалось, что в исходном состоянии встречаются не только разнообразнейшие градации слабоумия, но те или другие остатки прежнего течения болезни придают этому исходу особую окраску. Так как это встречается при всех болезненных процессах, ведущих к психическому оскудению, то в психиатрических больницах собирается большое, ведущее к путанице, количество исходных форм, уже протекших заболеваний, значение и группировка которых в настоящее время едва ли является возможной. Я еще слишком хорошо помню то беспомощное состояние, с которым я в течение многих лет стоял лицом к лицу перед этой задачей. Ясно одно, что определенные основные черты повторяются с поразительным однообразием, без того, однако, чтобы в массе отклонений можно было бы найти определенно строгую регулярность.

Путеводную нить дает нам в этом лабиринте анамнез отдельных больных. Он нас учит, что у огромного большинства более или менее слабоумных больных прежде наблюдались те именно явления, с которыми мы познакомились в картине болезни раннего слабоумия, хотя, правда, в различной степени. Он нас учит далее, что там, где слабоумие было вызвано другими болезненными процессами, при более близком изучении, еще можно распознать даже и в исходном состоянии своеобразность страдания. Поэтому не только предсказание дальнейшего течения и исхода болезни в ее начале, но и наоборот, ретроспективное заключение о предшествующих моментах болезни по ее исходному состоянию, оказывается, хотя и трудной, но принципиально вполне разрешимой задачей. Как исход самых разнообразных неизлечимых душевных болезней, существует не один только вид слабоумия с более или менее случайными вариантами, а напротив, каждая форма душевного заболевания, если оно не излечилось, ведет к только ей одной свойственному

[1] Больная уже почти 21 год находится в больнице, физическое здоровье ее цветущее, она помнит о своем заболевании и работает, однако продолжает отличаться скудоумием, слабостью критики и тупостью чувств, несколько раз наступали быстропротекающие приступы сильного возбуждения.

исходному состоянию. Конечно, эта особенность всегда сказывается лишь в существенных симптомах болезни, в то время как случайные, сопутствующие явления могут быть очень различны, совершенно так же, как это мы наблюдаем в более раннем периоде болезни. Можно установить, что хотя в исходных состояниях раннего слабоумия повторяется разнообразие ранее бывших клинических картин, даже иногда в очень причудливых формах, однако везде на лицо определенные основные расстройства, которые делают возможным правильное толкование случая.

Как первый пример нам может служить 28 летняя женщина (случай 16), состояние которой нам не трудно будет понять. Больная без патологической наследственности, вышла замуж 7 лет тому назад и родила 4 раза. Уже после первых родов появились головные боли, отсутствие аппетита и грустное настроение; все это исчезло через несколько месяцев. После следующих родов наблюдались подобные же, более легкие расстройства. Нынешнее ухудшение обнаружилось в последнем послеродовом периоде. Больная перестала работать, высказывала идеи преследования: ее намереваются убить, отравить пищей. Она стала безучастной, капризной и проявляла противодействие; осунулась физически, мало ела. При этом она оставалась вполне сознательной и понимала, что ей говорили.

При поступлении в клинику, 9 месяцев спустя после последних родов, больная была мало доступна, недовольна, раздражалась и настойчиво требовала немедленной выписки, не желала сообщить лично о своем состоянии, так как она не больна и может работать, не беспокоилась об окружающем, ничем не занималась. Из случайных сообщений больной, как и из ее писем, содержавших бесконечное повторение просьбы о выписке, легко усматривалось, что она хорошо осведомлена о месте своего пребывания; простые арифметические задачи она решала, хотя и медленно, но правильно. Испытать ее память и определить количество ее познаний представлялось невозможным, так как предложенные с этой целью вопросы она оставляла без ответа. Во всяком случае, существовала чрезвычайная бедность мысли. Бредовых идей не обнаруживалось, за исключением отдельных жалоб на то, что она сама себе кажется как бы проданной, что люди злы на нее; не удавалось констатировать и галлюцинаций. В сфере чувства кроме раздражительности и ворчливости заметно было полное отупение. Больная сидела безучастной и тупой, не проявляла никакой эмоции ни в праздник Рождества, ни во время посещений; не говорила в этих случаях ни слова, между тем как с жадностью уписывала принесенные сладости. Все попытки войти с больной в общение встречали упрямый отпор. Она почти всегда молчала, часто отказывалась от пищи, не хотела вечером ложиться в постель, отказывалась от работы, не принимала лекарства, часто была нечистоплотна, тотчас же после того как ее сажали на судно. Ко всему приходилось ее принуждать.

Как видите, больная сидит теперь с опущенной головой и согнувшись. При обращении к ней она не смотрит на собеседника, но время от времени украдкой посматривает на окружающее, если происходит что-либо особенное. Она не подает руки; если попытаться взять ее руку, то чувствуешь, что последняя напрягается.

Если поднять ее голову, она моментально отскочит вперед; при попытке нагнуть ее вперед или в сторону она, как пружина, отскакивает в противоположную. Если положить ногу больной на стул, она оставляет ее в этой неудобной позе — признак того, что и в данном случае, наряду с негативизмом, существуют намеки на каталепсию, которую удавалось констатировать у пациентки и помимо настоящего случая. Черты лица больной неподвижны, лицо походит на маску: губы вытянуты вперед на подобие хобота, симптом, который Kahlbaum назвал “Schnauz-krampf”. Временами замечается легкое подергивание кругом рта (ср. случай 10). В ответ на повторное, настойчивое требование встать, больная начинает подыматься медленно и толчками и, вдруг, снова садится. Как сейчас, так и в многочисленных других случаях ясно видно, как первичному импульсу преграждает путь противоимпульс. Больную не удается побудить написать что-либо на доске. Должно отметить, наконец, живое повышение коленных рефлексов, механическую возбудимость facialis'a, резкий идиомускулярный валик при поколачивании по мышцам, несколько одутловатое лицо, синие и холодные руки и чрезвычайно слабую сердечную деятельность.

Ввиду этих данных диагноз кататонии не может подлежать никакому сомнению. Вероятно, мы имеем здесь дело уже с конечной стадией болезни — слабоумием, которое едва ли поддастся дальнейшему улучшению[1]. За это говорят, по крайней мере, ясно выраженные признаки далеко зашедшей психической слабости. Большая продолжительность болезни также указывает нам на то, что мы имеем здесь дело не со свежим развивающимся болезненным процессом. Правда, по-видимому, после каждого приступа болезни наступало известное улучшение, но в общем, надо признать, болезнь все время постепенно прогрессировала. По-видимому, каждый раз послеродовой процесс оказывал неблагоприятное влияние на болезнь, что вообще наблюдается нередко, то же самое можно сказать и про беременность. Однако, тесной причинной связи здесь существует так же мало, как при нередком присоединении болезни к какому-нибудь лихорадочному заболеванию или к душевным потрясениям, т. к. в большей части случаев подобное совпадение отсутствует. Так как часто странности и дефекты у больных можно проследить до самого детства, а иногда уже тогда отмечаются и характерные симптомы болезни, то существенную роль в происхождении болезни приходится приписать предрасположению. За это также говорит наблюдение, что иногда родители и дети, но особенно часто братья и сестры заболевают одинаково. Болезнь, по-видимому, рассеяна по всему свету; во всяком

[1] Больная пробыла 5 лет в больнице совершенно слабоумной: проявляла мутацизм, негативизм и манерничание, бывала по временам возбуждена и умерла от чахотки.

случае я наблюдал ее у Индейцев, Малайцев и у Китайцев.

Несколько иную картину, чем предыдущий случай, представляет 36-летняя женщина (случай 17), которая, как вы видите, входит с застенчивой улыбкой. Она садится и, оглядываясь по сторонам, дает отдельные, односложные ответы лишь после настойчивого допрашивания; большей же частью с бессмысленным выражением смотрит вперед. На вопрос, где она находится, она отвечает: “в комнате”, но прибавляет, что она была здесь 4 года тому назад; меня называет “господином из Франкфурта”; она видала уже раньше и еще одного из здешних врачей, который будто пробегал то и дело через комнату. Имен она не знает; она не больна; о состоянии своего здоровья и домашних обстоятельствах она сообщает лишь, что у нее есть дети, которые остались дома. Требований она не исполняет, противодействует попытке взять ее за руку. При разговоре о ее поведении она внезапно начинает говорить совсем спутанно: “к чему мне здесь лежать для старых дураков. Таким путем я их не могу очистить. Там лежат старики, что мне до них? Они достаточно стары— пусть их там лежат. Часть людей говорит класть, положить или трупы”. Она продолжает со смехом: “дети кладут трупы, сказали же, но дитя не кладет яиц. Люди здесь черезсчур надменны для меня”.

Добиться пояснения этой болтовни оказывается совершенно невозможным. Когда обращаются к больной, она смотрит не на собеседника, а в сторону, молчит и лишь спустя несколько времени начинает бормотать непонятные фразы, подобные выше приведенным, причем приходит все в большее и большее возбуждение. Что касается соматического ее состояния, то она оказывается очень бледной, плохого питания; она кормила грудью ребенка, родившегося 11/2 года тому назад. В моче временами отмечается присутствие сахара. При клинической оценке этого состояния мы прежде всего должны остановить внимание на особенной бессвязности речи больной, не имеющей никакого отношения к поставленным вопросам или к другим обстоятельствам окружающей обстановки. При этом больная, как о том свидетельствуют некоторые отдельные ответы, вполне в состоянии воспринимать смысл обычной речи. Кроме того я хочу отметить, что больная временами принимает участие в работах своего отделения вполне толково, хотя при этом всегда ведет спутанные разговоры. Далее, обращают на себя внимание признаки негативизма, отказ от подачи руки, смотрение в сторону при разговоре, молчание, когда ее спрашивают о чем-нибудь ей вполне понятном; наконец, полнейшее равнодушие и безучастность, проявляемые во всем ее поведении. Больная слабоумна и представляет к тому же ряд признаков, которые нам хорошо известны из последней лекции. При этом мы едва ли сделаем ошибку, если ее настоящее состояние будем толковать, как исходное состояние раннего слабоумия.

Из анамнеза больной заслуживает внимания, что сводная сестра ее матери была умственно дефективна. Сама больная 4 года тому назад имела легкие судороги с сердцебиением без потери сознания в связи с послеродовым периодом. 3 года назад, когда ее ребенок хворал инфлюенцей и она должна была переезжать в другой город, больная сделалась боязливой, озабоченной относительно будущности, думала, что сделала мужа несчастным, стала небрежной в ведении домашнего хозяйства, так что ее пришлось отправить в клинику. Здесь она была плаксива, почти не говорила, сторонилась всех, не знала, где находится, жаловалась на тяжесть в голове, часто вскакивала с кровати, бегала, стала совершать нелепые, непонятные поступки, выбросила в окно тарелки, опрокинула миску с овощами, и, временами без видимого повода, делалась безрассудно агрессивной. Настроение ее было большею частью равнодушным, иногда веселым или возбужденным — она много смеялась без повода и внезапно начинала кричать: “ура”. Ее речь уже тогда часто бывала столь же бессвязной и непонятной, как сегодня. Так, она подала врачу кусок хлеба и при этом сказала: “вот Вам быки. Я бык, я бык, берите, я бык”. Еще яснее, чем в раньше приведенных ее словах, здесь выражена наклонность к бессмысленному повторению отдельных оборотов, которую мы так часто наблюдали при кататонии. Другой раз она выразилась так: “Ich habe nicht gebbunken und nicht gewunschen und habe nicht gestohlen. Ich stehe an der Kost — so habe ich sie zu Hause nicht gehabt. Backofen sind keine Menschen”.[1] Рядом с напыщенностью выражений заслуживает быть отмеченным бессмысленное образование новых слов — также обычный спутник раннего слабоумия.

К посещению мужа больная относилась или совершенно безучастно, или возбужденно: глотала принесенные ей кушанья с жадностью и неаппетитно. По-видимому, появлялись, правда преходящие, галлюцинации и хотя от больной по этому поводу нельзя было добиться никаких ясных данных, однако она говорила о трупном запахе пищи, видела своего брата проходящим мимо, думала, что говорят, что она должна искупить все души. Еще при этом бросалось в глаза сильное замедление пульса. После шестимесячного пребывания в клинике больная, вопреки совету врачей, была взята домой. Дома она часто делалась агрессивной, высказывала идеи преследования, говорила, что ее детей обезглавят. И хотя она была очень забывчива, однако очень хорошо занималась хозяйством. За это время она родила ребенка. В последнее время она сделалась до того беспокойной (она стремилась ворваться в школу, на кладбище она хотела разрыть могилу), что ее 4 месяца тому назад пришлось вновь доставить в клинику. Здесь она уже с самого начала представляла ту самую картину, которую вы видите сегодня. Зачастую она обнаруживала спутанные идеи преследования, касавшиеся преимущественно половой сферы[2]. Еще во время первого ее

[1] Неподдающаяся вследствие своей нелепости переводу форма речи.

[2] Больная находится уже 21 год в больнице, слабоумна, спутана, негативистична, манерна, временами возбуждена; в последние годы более частые эпилептиформные припадки.

пребывания у нас с ней был однажды обморок; дома с ней бывали также припадки с судорогами; несколько припадков в последнее время наблюдались и здесь: больная падала на пол, каталась по полу с закрытыми глазами, не реагируя ни на щипки, ни на уколы, бормотала: “мне дурно, бедная моя голова”; в руках и ногах, а равно и в мышцах туловища, наступали короткие дрожательные, судорожные толчки; челюсти были крепко стиснуты. Дыхание было поверхностное с продолжительными паузами, пульс учащенный, зрачки реагировали на свет. По прошествии 15—20 минут наступал покой. Эти припадки очень походили на наблюдаемые нами при истерии. Конечно, их возможно толковать как истерические, однако я должен указать на то, что мы подобные этим, а также и другие припадки, более напоминающие простые обмороки или припадки при эпилепсии, довольно часто наблюдали в течении раннего слабоумия (случай 11).

Иногда остаются даже явления паралича; также встречаются внезапные случаи смерти. Как причину подобных явлений мы можем рассматривать тяжелые разлитые изменения в клетках мозговой коры, что приходится наблюдать при вскрытии у слабоумных шизофреников. Желая составить себе представление об их происхождении, придется подумать, пожалуй, о хроническом самоотравлении. С этим допущением возможно довольно сносно согласовать также некоторые, чаще наблюдаемые клинические симптомы, как-то: повышенная возбудимость лицевого нерва, мелких мускулов руки, возникновение идиомускульного валика при перкуссии, живость сухожильных рефлексов, вазомоторные расстройства, дермографизм, цианоз рук и ног, слабость и замедление пульса. Истероидные припадки, которые иногда являются началом болезни, может быть тоже вызываются разрушительными явлениями болезненного процесса, как это мы видим иногда при других тяжелых заболеваниях мозга.

Картина, которую представляет наша больная, является в противоположность ранее рассмотренной негативистической тупости “слабоумием с нелепостью” (faselige), при чем разорванность речи является особенно бросающейся в глаза. В других случаях более выступает дурачливая веселость или манерность. Очень часто мы наблюдаем при исходных состояниях раннего слабоумия, среди массы находящихся в больницах душевнобольных, короткие, периодические возбуждения, которые возникают без особого повода и после нескольких часов или дней снова обыкновенно ослабевают.

С новой формой течения раннего слабоумия мы знакомимся в случае 18-ом, который я вам теперь представляю (случай 18). 35 летняя вдова дает правильные ответы о своей жизни, знает, где находится, знает число и год и обнаруживает достаточно хорошие школьные познания. Бросается в глаза, что она не смотрит на собеседника и говорит тихо, своеобразно слащаво и вычурно. Когда разговор касается, наконец, ее болезни, она сначала воздерживается от ответа, а затем заявляет, что здорова, но тут же начинает высказывать целый ряд удивительных идей преследования. Она уже много лет слышит голоса, которые ругают ее и упрекают по поводу ее половой жизни. Они называют целый ряд известных ей имен, предупреждают ее, что она будет раздета и что над ней будет учинено насилие. Голоса очень ясны и, по ее мнению, передаются с родины с помощью какой-то трубы или особой машины. Ее мысли повторяются, она должна держать их в голове и слышит, как их еще раз повторяют; голоса говорят ей, что делать. В то же время больная испытывает в теле всякого рода неприятные ощущения; над телом ее что-то “делают”. Главным же образом, выворачивают наружу ее половые органы. Пропускают боль через спину, кладут ледяную воду на сердце, стягивают шею, повреждают позвоночник, насилуют ее. Гораздо реже у нее обманы зрения: она видит черные фигуры, наружный вид окружающего изменяется. Кто производит такого рода воздействие на нее и с какой целью, она не в состоянии точнее определить; то это земляки, то врачи больницы, в которой она находилась раньше и где что-то вынули из ее живота.

Все эти своеобразные жалобы больная излагает без сколько-нибудь сильного эмоционального волнения; она, правда, временами плачет, но потом снова рассказывает про свои болезненные переживания с известного рода тайным удовлетворением и даже эротической окраской. Она требует выписки, однако ее легко утешить; она не думает о своем положении, о будущем. Весьма занимательно в ее изложении обилие напыщенных, едва понятных оборотов речи. С нею обращаются “по мужицки”, “путем суждений”, “ужаса ради”; “она плачевное существо в образе Ангела”, “она похищенная мама”, и “хозяйка с распорядительным складом ума”; в ней “душевный склад”, “тайное насекомое из участкового управления преследует ее”. Руку больная подает растопыренной; обнаруживает каталепсию и эхопраксию. Соматических расстройств, имеющих клиническое значение, у ней не наблюдается.

Только что названные отдельные симптомы болезни наводят нас и в данном случае на подозрение, что случай относится к группе раннего слабоумия. В противоположность описанным уже выше случаям здесь поражает лишь длительная однообразность и стойкость одних и тех же бредовых идей. Дело в том, что из анамнеза видно, что больная наша, отец которой был будто бы человеком несколько раздражительным, а брат страдал в детстве судорогами, хворает уже почти 10 лет. Болезнь развивалась постепенно. Приблизительно год спустя после смерти мужа, от которого у нее двое детей, она стала боязливой, беспокойно спала, слышала ночью громкие разговоры в своей комнате, думала, что ее лишают имущества, преследуют какие-то люди из Франкфурта, где она раньше жила. 4 года тому назад она провела год в психиатрической больнице, воображала, что встретилась там снова с “франкфуртцами”, находила яд в пище, слышала голоса и чувствовала на себе “влияние”. Выписавшись, она подавала жалобы на больничных врачей за то, что ее там искалечили, считала этих врачей своими преследователями, ругала публично начальство, не защищавшее ее там, так что 2 месяца тому назад оказалось необходимым поместить ее снова в клинику. Здесь она изо дня в день высказывала без заметного волнения одни и те же жалобы, писала

родным, врачам и начальству длинные письма, переполненные однообразной бессмысленной руганью за преследование. Она ничего не делала, не вступала в общение с другими больными, отстраняла от себя всякую попытку повлиять на нее[1].

Подобные случаи с упорными слуховыми галлюцинациями и бредовыми идеями, особенно с идеями влияния извне на тело и мысли, наблюдаются часто. Соотношение между бредовыми идеями и галлюцинациями, с одной стороны, и расстройством в сфере чувства и воли, с другой стороны, может в картине раннего слабоумия быть различным. Первые, по-видимому, развиваются скорее у заболевших в пожилом возрасте, последние в более молодом возрасте. При исходных состояниях играют роль те же различия. При разбираемых здесь параноидных слабоумиях остальные расстройства, кроме бредовых идей и обманов чувств, могут совершенно исчезнуть или быть слегка намеченными, хотя раньше они были ясно выражены. К тому же сам бред может быть бессмысленным, противоречивым, бессвязным, как в данном случае, или еще довольно сносно связанным. Но он всегда стоит в тесной связи с галлюцинациями и не перерабатывается, ясные противоречия не вызывают возражений, псе в бреде принимается как само по себе понятное. Часто с течением времени он подвергается дальнейшим изменениям. На поведение больных он оказывает удивительно мало влияния, за исключением случайных взрывов гнева, ругани, сочинения однообразных, бестолковых или спутанных писаний, так что больные с чудовищными идеями преследования и величия без особого затруднения помещаются в больницу, даже становятся усердными и годными работниками. В некоторых случаях кроме легких расстройств в поведении и обращении остаются только с пуховые галлюцинации без настоящего образования бреда, иногда с некоторым сознанием своей болезни; тогда можно говорить о галлюцинаторном слабоумии.

VII лекция

Психические расстройства при соматических заболеваниях

Чтобы ближе познакомить вас с принятыми в психиатрии методами наблюдения, я до сих пор показывал больных, у которых душевные расстройства стояли на первом плане и только отчасти имели связь с внутренними процессами организма. Начинающему врачу, пожалуй, покажутся понятней те формы психического расстройства, которые могут быть объяснены как последствия соматических заболеваний. Вам, конечно, известно, что в клиниках по внутренним и хирургическим болезням иногда развиваются в качестве нежелательных сопутствующих явлений состояния, принадлежащие к области нашей науки. Если мы отбросим душевные заболевания, совершенно иного происхождения, возникающие большей частью случайно в связи с соматическим расстройством, среди которых обычно встречаются алкогольный, артериосклеротический и старческий психозы, а также истерические и эпилептические состояния спутанности и возбуждения (формы, которые мы рассмотрим подробнее позже), то здесь останутся главным образом отравления ядами обмена веществ и психозы вследствие влияния инфекционных возбудителей на психическую жизнь.

Примером первого рода может для вас служить 39-ти летний учитель (случай 19), доставленный нам неделю тому назад, после того как с ним утром в день поступления в клинику случился один, а вечером три судорожных припадка с потерей сознания. Он при этом упал, тело его стало неподвижным, лицо при хриплом дыхании посинело, появились подергивания, вначале в лице, а затем в руках и ногах; один раз у него пошла кровь изо рта вследствие прикусывания языка. После припадков он был спутан, несознателен, потом возбужден, метался, дрался. Из анамнеза выяснилось, что больной 6 месяцев тому назад упал на улице, и за 5 дней до приема в клинику с ним случился второй подобный припадок. Он отличался большой умеренностью в употреблении спиртных напитков. При приеме он был спокоен, хотя еще и несколько оглушен, давал о себе правильные сведения. В течение первой ночи было еще 9 судорожных припадков. На следующее утро сознание больного было неясное, он считал себя то дома, то в клинике, не узнавал врача, не помнил первого исследования, бывших с ним припадков и переживаний вчерашнего дня. Соседа-больного он принимал за “модель”, по поводу другого ему казалось, что он где-то раньше видел его. Возраст свой он определял в 69, 59, 39 лет. Соматическое исследование этого упитанного среднего роста мужчины обнаружило кроме большого зоба неправильный, временами пропадающий пульс в 100 ударов, далее мутную, слабо кислую мочу с удельным весом 1030 с ясным содержанием белка и значительным осадком, в котором найден был мочекислый аммоний и щавелевокислая известь, но не было почечных цилиндров. К сожалению, не удалось вследствие состояния больного точно измерить количество мочи, которое безусловно было значительно уменьшено. Глазное дно — нормально.

И в последующие дни больной был несколько оглушен, не мог разобраться во времени, в окружающем, принимал соседа-больного за даму и не помнил своих последних переживаний. Предыдущей ночью он не спал, вел себя очень шумно, ему казалось, что он видит корову, звал собаку и вел спутанные разговоры. Он неоднократно вставал с постели, бродил и сильно противодействовал всякой попытке уложить его. С этого

[1] Больная находится почти уже 17 лет в психиатрической больнице, поведение ее нелепо, она манерна, негативистична, обнаруживает прежние идеи преследования, а также идеи величия.

момента появляются многочисленные галлюцинации слуха и зрения; он видел цеппелин и пароход, хотел в ванне поймать рыбу, слышал, что он должен быть казнен, что служители замышляют против его жизни, принимал врача за продавца сигар. При этом он считал, что он находится то в одном, то в другом месте. Настроение его было временами тревожное, в большинстве же случаев веселое, шутливое. Временами он становился раздражителен, беспокоен, нападал на окружающих, и тут же опять вполне удовлетворенный говорил о золотой свадьбе, предстоящей ему завтра, видел пред собой жениха, за которого его мать сегодня выходит замуж. Иногда появлялось некоторое сознание болезни. Больной объяснил, что он больше не в состоянии различить действительность от иллюзий; голова становится хуже, если он долго лежит.

Сегодня больной, как вы это слышите от него, отдает себе отчет в своем положении и во времени, однако полагает, что он у нас уже находится 2 — 3 недели. Как он говорит, сегодня утром ему пришло в голову, что многое из пережитого им в последние дни имело место лишь в его воображении. Ему казалось, что он был на свадьбе своей матери, которая ему в угоду вышла замуж за старого еврея. Это была роскошная свадьба в гостинице с музыкой и пением; присутствовало множество гостей. Позднее представилось, что невеста больного уже раньше состояла в связи с другими. Все менялось; это был кинематограф, трансформация с разнообразными костюмами. На медном подносе появилась картина; остальные больные говорили и пели в такт. Служитель, которого он считал гостем на свадьбе, хотел его кастрировать, но ему счастливо удалось избежать этой участи. Другой больной казался ему его соперником, который также был обманут. Все эти переживания кажутся больному “стертыми, туманными”; некоторые галлюцинации, ранее им сообщенные, он не может вспомнить.

Для более ясного распознавания случая был произведен химический анализ крови больного. После извлечения белкового вещества были обнаружены в 30 куб. см. сыворотки крови 31,3 мгр. “остаточного азота”, что составляет несколько больше чем двойное нормальное количество. Из этого можно сделать важное заключение, что значительное количество мочеобразующих веществ задерживалось в крови, что говорит за то, что мы здесь имеем дело с уремическим отравлением. Этот факт дает нам также объяснение наблюдаемых нами эпилептиформных припадков; общеизвестно, что уремия в состоянии вызвать подобные судорожные припадки.

Душевная картина болезни характеризуется, как и при многих отравлениях, влекущих за собой заболевания мозга, сноподобным помрачением сознания, которое протекает в сопровождении всякого рода галлюцинаций, запутанных бредовых переживаний с переменой настроения и беспокойством. Это довольно внезапно наступившее и тут же вновь исчезнувшее состояние длилось около 8 дней. Нам, быть может, следует себе представить, что здесь, как при koma diabeticum, произошло быстрое накопление в крови ядовитых продуктов распада, которые потом были обезврежены и выделены. Во всяком случае, эпилептиформный припадок, имевший место полгода тому назад, показывает, что здесь развилась хроническая болезнь, способная вызвать явления мозгового раздражения. С прекращением помрачения сознания болезнь эта, конечно, еще не закончилась и подобные расстройства и впредь будут иметь место. Должно быть отмечено большое сходство данной картины болезни, не обусловленной, конечно, злоупотреблением алкоголем, с белой горячкой пьяниц, о которой будет речь ниже, и которую мы имеем основание приписать расстройству обмена веществ вследствие хронического алкоголизма.

Уремия при всяких обстоятельствах является очень серьезной болезнью, которая довольно часто ведет к быстрой смерти[1]. При лечении должно, по возможности, заботиться об удалении накопившихся в крови продуктов распада при помощи горячих ванн, в некоторых случаях — кровопускания и впрыскивания поваренной соли, диуретина, а также возбуждения сердечной деятельности посредством кофеина и дигиталиса.

Очень интересную картину болезни представляет второй больной, которого я хочу вам сегодня демонстрировать: 19-ти летний кельнер, (случай 20), лишь вчера поступивший к нам. Как вы видите, его поведение очень своеобразно: он весь дергается и беспокоен. Он кривит углы рта, морщит лоб, вращает глазами, подымает брови, складывает в трубочку губы, вдыхает воздух сквозь зубы, вертит языком, и все эти движения особенно усиливаются при разговоре. Руки у него в беспрерывном движении. То он опирается рукой на колено, то на край стола, то закладывает руки крест на крест, то прижимает их к животу; при этом пальцы у него растопыриваются, плечи внезапно поднимаются, он производит всевозможные сгибательные, разгибательные и вращательные движения, начинающиеся обычно толчками и медленно ослабевающие. Ноги в таком же, правда, несколько менее выраженном беспокойном движении: то он их выдвигает вперед; то подбирает под себя, раздвигает, скрещивает, закладывает ногу на ногу, беспрестанно меняя позы. Соматическое исследование этого юноши среднего роста, стройного, бледного и плохо упитанного обнаружило дующий систолический шум, который резче всего слышен у верхушки. Пульс — 54 удара в минуту. Сухожильные рефлексы живые, раздвинутые пальцы слегка дрожат; при стоянии с закрытыми глазами замечается некоторая неуверенность. В остальном никаких уклонений не отмечено.

При попытке вступить в контакт с больным нас прежде всего поражает монотонная, невыразительная, едва понятная речь; расстройству речи, очевидно, в сильной степени способствует постоянно вклинивающиеся беспорядочные движения губ, челюсти и языка. Пишет больной большими, расходящимися во все стороны, неправильными буквами со многими украшениями, но без ошибок в

[1] Больной умер лишь 5 лет спустя.

содержании. Обращенные к нему вопросы больной воспринимает правильно, хотя несколько невнимательно, старается дать соответствующие ответы, производит, однако, при этом впечатление рассеянного, отклоняется часто от темы, внезапно замолкает, оглядывается и к дальнейшему надо его побудить. Он отдает себе отчет во времени и месте, равно как и о своем состоянии, имеет ясное ощущение своей болезни. Настроение его в общем веселое, беззаботное, однако, несколько безразличное. Временами он становится озлоблен, раздражителен, полагает, что другие больные замышляют против его жизни; нам пришлось присутствовать, как он взволновался из-за замечания соседа-больного, вышел из себя, горячо ругался, хотел убежать, но затем скоро вновь успокоился.

Клиническое толкование настоящего случая не представляет особой трудности. Своеобразные расстройства движения должны быть без дальнейшего признаны хореатическими. Во всяком случае, хорея является лишь симптомом, который появляется на самой разнообразной почве. Чаще всего дело касается "сиденгамовской хореи" в форме острой или подострой, встречающейся чаще всего в молодом возрасте и вызываемой стрепто или стафиллококковой инфекцией. Она связана очень часто с суставным ревматизмом; посредствующим звеном, очевидно, являются эндокардитические изменения, которые ведут к микроскопическим эмболиям в мозговых сосудах. В близком родстве с этой болезнью стоит chorea gravidarum, которая часто является лишь вспышкой застарелой хореи. Наоборот, совершенно другое значение имеет более редкая форма болезни, которую называют "Гунтинхтоновской хореей". Тут дело касается хронически протекающей семейной болезни, начинающейся чаще всего на 4 и 5 десятке жизни, которая постепенно ведет к значительному слабоумию и смерти. Другая группа явлений принадлежит к "постгемиплегической" хорее. Здесь появляются вследствие энцефалита после одностороннего или двустороннего паралича хореоподобные движения, которые без резких границ переходят в атетоз. Наконец, можно еще упомянуть об "истерической" хорее, о тех беспорядочных подергиваниях, которые появляются у истериков в связи с душевными волнениями и держатся то или другое время.

В рассматриваемом случае молодой возраст, шум в сердце говорят за сиденгамовскую хорею. Анамнез совершенно подтверждает это предположение. Больной, не отягощенный наследственностью и не злоупотреблявший спиртными напитками, был духовно очень одарен и, кроме обычных детских болезней, в 4-х летнем возрасте страдал в течение 14 дней судорогами. Полгода тому назад в Каире он после воспалительного процесса в горле заболел суставным ревматизмом, который очень подорвал его силы. Несколько недель спустя появились внезапно подергивания лица и рук; речь стала неясной. Одновременно больной стал ворчлив, раздражителен, возбужден, говорил, что жизнь ему надоела, было бы лучше если б его не было больше на свете. Возвратившись на родину, он стал говорить, что он здесь не может оставаться; он должен уехать; родители, будто, перестали его выносить. Он был очень раздражителен, ругался по малейшему поводу и производил всякие нецелесообразные действия, убирал ящики, разбрасывал платья. При возбуждениях подергивания очень усиливались, ослабевали при уговоре и во время прогулок и совершенно прекращались во время сна. Питался больной хорошо, но кормление затруднялось тем, что язык при жевании застревал между зубами. Иногда появлялось весьма незначительное повышение температуры. Сон был в большинстве случаев хороший, но в последнюю ночь он был в значительной степени нарушен хореатическим беспокойством[1].

Из всего этого ясно, что настоящее состояние болезни должно быть приписано инфекции, которая началась ангиной, а потом развилась в суставной ревматизм и эндокардит — обычный способ возникновения Сиденгамовской хореи. Душевные изменения, наблюдающиеся у больного, также соответствуют обычным наблюдениям. Эти изменения не очень резки и ограничиваются затруднением понимания и мышления, повышенной отвлекаемостью, переходами настроения от веселого к грустному или тревожному с попутными депрессивными представлениями, повышенной эмоциональной раздражительностью и живым беспокойством. Эта картина, с сопровождающими ее то более сильными, то более слабыми подергиваниями, имеет весьма определенный характер. В более тяжелых случаях можно наблюдать, как недостаток осмышления возрастает до глубокой спутанности с потерей ориентировки в месте, времени и положении. Одновременно могут появиться отдельные галлюцинации зрения и слуха с бредовыми сноподобными переживаниями; при этом беспокойство может своей резкостью принять угрожающие для жизни размеры. Обычно, однако, болезнь протекает в описанных здесь рамках. Продолжительность болезни обыкновенно бывает не больше нескольких недель или месяцев; начавшись бурно, расстройства эти после различных колебаний постепенно ослабевают, но нередко потом, иногда лишь спустя несколько лет, вновь повторяются. Это напоминает нам склонность ревматических и эндокардитических заболеваний к частым рецидивам. С другой же стороны, мы должны быть готовы к тому, что в 9% данных случаев больные умирают вследствие слабости сердца, инфекции или других случайностей. При лечении должно прежде всего стараться побороть при помощи аспирина или других салициловых препаратов основную болезнь; при дальнейшем лечении могут принести пользу маленькие дозы мышьяка. Беспокойство можно смягчить успокаивающими средствами, верональнатрием, клизмами с

---

[1] В виду того, что состояние больного быстро улучшилось, он был 5 дней спустя переведен в соматическую больницу, но три недели позднее его опять вернули к нам, так как он там много раз впадал в сильное возбуждение. Здесь он очень быстро успокоился. Подергивания почти совершенно исчезли. Спустя неделю он мог быть возвращен своим родителям. К сожалению, нам не удалось собрать сведений об его дальнейшей судьбе.

амиленгидратом и сделать его безвредным, уложив в постель, выстланную подушками, или же на протянутую простыню в теплую длительную ванну. Часто отсутствующий сон вызывается посредством паралдегида. Особое внимание следует обратить на то, чтобы ослабевшим больным давать обильную, легкую, удобоваримую пищу, при сильном беспокойстве больного приходится прибегать к зонду. В период выздоровления эти чувствительные, склонные к рецидивам больные долгое время еще нуждаются в осторожном обращении.

Кроме суставного ревматизма еще целый ряд острых инфекционных болезней в состоянии вызвать душевные расстройства, а именно — брюшной тиф, оспа, пневмония, инфлуэнца, рожа головы, сыпной тиф, далее скарлатина, корь, коклюш, септические заболевания, перемежающаяся лихорадка. Причинная связь может при этом быть, как нам кажется, весьма различной. Прежде всего надо иметь в виду действие ядов, вызванных распространившимися в организме болезненными возбудителями или же результат расстройства обмена веществ. Таково происхождение той группы расстройств, которую мы обыкновенно объединяем под названием лихорадочный делирий. В особенно тяжелых случаях тифа и оспы те же явления развиваются до повышения температуры, в таких случаях болезнь получает название “инициального делирия”. Далее, эти расстройства могут привести при суставном ревматизме к менингитическим, а при тифе, инфлуэнце, оспе — к энцефалитическим заболеваниям, которые наряду с бредовым расстройством сознания вызывают также расстройства очагового характера и судороги и являются очень опасными для жизни; в результате они, обычно, оставляют за собой состояния длительной душевной слабости. Наконец, встречаются случаи совершенно иного рода, когда психические заболевания развиваются после падения лихорадки и продолжаются долгое время. Дело идет здесь либо о бурно протекающем, связанном с живыми обманами чувств, делирии, либо о состояниях спутанности, расстройстве настроения и состояниях слабости в связи с бредовыми идеями или без таковых, которые лишь постепенно исчезают. Причину в первом случае, быть может, следует искать в рассасывании возбудителей болезни, во втором — в продолжающемся действии лишь медленно восстанавливающихся повреждений, вызванных болезненными ядами. Так должен быть объяснен и разобранный нами случай.

Чтобы привести вам еще пример из относящихся сюда многообразных картин психопатических состояний, я демонстрирую вам 50-ти летнюю женщину (случай 21), которая равнодушно сидит здесь и отвечает усталым, тихим голосом. Она знает, что находится в больнице, что мы — врачи, но не может определить, сколько времени она здесь и как она сюда попала. Она болела рожей лица, которая перешла на голову; тогда она была совершенно без памяти и не знает, что случилось дальше. Она рассказывает, что слышала голоса, видела разные вещи, но подробнее ничего рассказать не может, разве только что птицы летали. Больная с трудом понимает, долго раздумывает над самыми обыкновенными вопросами, напр. о возрасте, о дне рождения, месяце, дне, отвечает колеблясь и односложно, часто неверно и неуверенно. Она не считает себя больной. Требования она исполняет лишь после настойчивых повторных напоминаний. Настроение несколько угнетенное, плаксивое, но в общем достаточно тупое. О развитии болезни нам известно, что эта женщина происходит из здоровой семьи и сама была здорова до того, как она 3 недели тому назад заболела рожей головы и попала в больницу. Тут внезапно появилась большая сердечная слабость, в то же время больная стала утверждать, что она умерла, перестала есть и ее пришлось кормить через зонд. После второго приступа рожи температура 14 дней тому назад резко опустилась до 35,8, больная же стала совершенно безучастной и спутанной, начала галлюцинировать.

Картину, которую сейчас представляет больная, нельзя свести ни к одному из ранее разобранных нами состояний. Правда, существует некоторое сходство с меланхолией, но, с одной стороны, доступная для разговора больная заметно спутана и не ориентирована, с другой — отсутствует ясное эмоциональное расстройство и, наконец, в ее волевых проявлениях выступает на первый план не столько заторможенность и связанность, сколько некоторая вялость. Этот случай также не может быть введен в рамки раннего слабоумия. Резко выраженная несознательность и дезориентировка встречаются лишь в начале этой болезни и сопровождаются резкими колебаниями тоскливого настроения и почти всегда отчетливыми слуховыми галлюцинациями, о которых мы получаем точные сведения от больных, сохраняющих способность хорошего понимания. Кроме того, у нашей больной совершенно отсутствуют свойственные раннему слабоумию своеобразные симптомы и расстройства воли. В виду всего сказанного, мы в данной картине психопатического состояния, даже не зная истории болезни, не можем усмотреть ни одной из ранее рассмотренных форм душевного расстройства.

Напротив, общий душевный паралич, в одинаковой степени поражающий область усвоения восприятий, мышления, памяти, чувствования и действия, говорит лишь о том, что здесь имело место распространенное повреждение, оказавшее влияние по всем направлениям. В виду того, что отсутствуют признаки более грубой мозговой болезни, нам остается при данных обстоятельствах с некоторой вероятностью принять предположение, что здесь предшествовало острое соматическое заболевание. В действительности мы к этому предположению пришли с меньшей затратой труда благодаря показанию самого больного, но мне хотелось вам показать, что в крайнем случае мы пришли бы и самостоятельно к тому же.

Важно это обстоятельнее потому, что предшествовавшее соматическое заболевание далеко не всегда является причиной психического расстройства. Мы чрезвычайно часто наблюдаем, что приступы маниакально-депрессивного психоза, раннего слабоумия случайно обнаруживаются после соматических заболеваний. Само собой разумеется, что в подобных случаях обратное заключение о вызывающей причине,

как мы видим из клинической картины, будет неправильным. Но одновременно нам не следует в таких случаях из причин возникновения болезни делать какие-либо выводы о дальнейшем течении и исходе болезни; как это можно было сделать у нашей больной. Если мы уверены, что причиной психоза явилась только рожа, как нас в этом здесь убеждают кроме анамнеза еще и особенности клинической картины болезни, мы можем с определенностью предсказать быстрый и счастливый исход ее[1]. Лечение, главным образом, должно свестись к постельному содержанию и к возможно усиленному питанию.

Этот случай должен вам показать, насколько важно различать действительные причины болезни от видимых. В начале клинической деятельности легко развивается склонность всевозможные явления, предшествовавшие заболеванию, ставить с ним в причинную зависимость. Таким образом возникает существующее не в одной только психиатрии положение, что определенная болезнь может быть вызвана целым рядом разнообразных вредных влияний и, далее, что одинаковые причины вызывают разнообразные заболевания. Эта расплывчатость учения о причинах особенно затрудняет распознавание и определение границ естественных форм болезней. И в изучаемой нами области это обнаружилось весьма поучительно. Наступающие после инфекционных заболеваний состояния спутанности прежде не различались от картин болезней, имеющих с ними лишь внешнее сходство и принадлежащих к раннему слабоумию и маниакально-депрессивному психозу. Более того, все эти формы были объединены под одним, созданным Meynert'ом, именем галлюцинаторной спутанности или “Amentia”. Последствием этого было, что предсказания дальнейшего хода болезни стали совершенно невозможны. Подобным образом были смешаны некоторые инфекционные состояния слабости со ступорозными формами, так как их точно также часто наблюдали во время течения обоих только что названных болезней. Говорили о “ступоре истощения” или “остром слабоумии”. Тщательная оценка причинной зависимости и клинической картины болезни делает возможным выделение в этих сборных понятиях отдельных составных частей.

VIII лекция

Сифилитические душевные расстройства

33-х летний крепкого телосложения торговец (случай 22), которого привезли в постели, уже с первого взгляда производит впечатление тяжело больного. Он лежит безучастно, не смотрит на собеседника, не интересуется окружающим. На настойчивые вопросы дает скудные, тяжеловесные ответы, которые в большинстве случаев свидетельствуют, что он совершенно не понял вопроса. Он не ориентирован в месте, во времени и в своем настоящем положении; он считает, что находится “в частном доме, в общественном учреждении”, куда он попал, полагая: “теперь ты туда попадешь; платить приходится повсюду”. Текущий год он определяет на 7 лет назад, хотя свой возраст называет правильно, но непосредственно за этим говорит, что его отцу 48 лет, матери — 45; а затем вновь говорит о том, что им 42 и 38 лет. Он себя не чувствует больным, жалуется, однако, на головную боль и колотье в ушах, не хотел бы здесь оставаться и объясняет, что ему необходимо сейчас пойти в церковь, так как сегодня воскресенье; пускай отыщут его башмаки. Он дает также противоречивые сведения о числе своих братьев и сестер, о времени своего развода с женой, но в общем правильно сообщает о своей жизни, хотя, правда, лишь отрывочно. Несложные задачи он решает сносно, но в то же время быстро забывает, что ему было сказано. Его знания весьма скудны. Все эти расстройства, затрудненность понимания, недостаточное осмышление, дезориентировка, неспособность к запоминанию свидетельствуют о расстройстве сознания.

Соматическое исследование больного не дает по началу ничего обращающего на себя внимания. Реакция зрачков на свет и аккомодацию несколько вялая и недостаточная; правый зрачок после освещения вновь быстро расширяется. Сухожильные рефлексы — живые; на правой стороне симптом Бабинского. Походка несколько неуверенная, спотыкающаяся; склонность падать на правую сторону. Симптом Ромберга отсутствует, также нет и тугоподвижности затылка, параличей или расстройств чувствительности. Речь несколько затруднена; при повторении трудных слов происходят незначительные искажения, вызываемые либо плохим пониманием, либо несовершенством речевого аппарата. Внутренние органы не обнаруживают никаких отклонений; температура нормальна.

Оглушенность сознания, расстройство походки, рефлекс Бабинского должны были возбудить подозрение на мозговую опухоль. Мы произвели поэтому исследование глаз, которое с обеих сторон, а в особенности справа, дало ясно выраженный застойный сосок и резкое ослабление остроты зрения. Предпринятое потом исследование слуха обнаружило двустороннее заболевание внутреннего уха, с левой стороны более глубокое, причиной которого, по мнению специалиста, вероятнее всего был сифилис. К подобному результату привело также и серологическое исследование, давшее определенно положительную Вассермановскую реакцию в крови, слабую, и то лишь при сильной концентрации, в спинномозговой жидкости. Весьма показательным было число лимфоцитов в спинномозговой жидкости, доходившее, до

[1] По истечении 6 недель больная совершенно излечилась и в течение, по крайней мере, 9 лет была здорова; дальнейших сведений о ней мне не удалось получить.

1042 в куб. миллиметре; этому соответствовало большое количество белка. Давление, при котором вытекала жидкость при пункции, не было измерено, но все же оно было несомненно повышенным.

Благодаря всем этим данным клиническая картина представляется совершенно ясной. Очевидно, мы имеем дело с сифилитическим менингитом, он явился причиной увеличения числа клеток в спинномозговой жидкости, увеличения давления в субдуральном пространстве с вызываемой им оглушенностью, причиной застойного соска и заболевания уха; от последнего зависит расстройство походки. Сифилитическая основа болезни, конечно, твердо установлена Вассермановской реакцией; безлихорадочное течение болезни, отсутствие бурных менинги-тических симптомов, преобладающий лимфоцитарный характер эмигрировавших клеток также соответствуют подобному толкованию.

Анамнез этого случая, в остальном мало поучительный, говорит прежде всего о том, что больной около 10 месяцев тому назад заболел шанкром, вследствие чего он 2 месяца спустя поступил в больницу. Тогда все тело было покрыто папулопустулезной кожной сыпью; в крови была обнаружена Вассермановская реакция. Два раза делались впрыскивания сальварсана и раз ртути, но больной скоро прекратил лечение. Следует еще упомянуть, что он ранее довольно много пил, но последние годы он будто бы себя в этом ограничил. Его теперешняя болезнь началась лишь недавно, хотя он о ней и не может дать более точных сведений. Он обратил на себя внимание тем, что вошел в чужой дом, снял пальто и потребовал себе кофе, полагая, что находится в трактире; после этого он и был доставлен в клинику.

Таким образом, явления сифилитического менингита у нашего больного появились почти год спустя после заражения; это обстоятельство говорит о весьма серьезном течении сифилитического процесса. К счастью, подобные случаи, обычно, весьма доступны целесообразному лечению. Мы тут же применили к больному сальварсан-ртутное лечение таким образом, что после всякого круга втираний делались впрыскивания сальварсана 0,3—0,6 гр. в общем количестве до 4,5 г р. Хотя до сих пор сделано лишь 2 таких впрыскивания, состояние больного заметно улучшилось; его сознание стало яснее, он стал доступнее. Застойный сосок менее выступает, чем вначале, а число клеток в спинномозговой жидкости на кубический миллиметр уменьшилось до 749, тогда как неделей раньше оно еще доходило до 949. Мы можем поэтому ожидать еще и дальнейшего улучшения[1].

Значительно менее благоприятным должно быть признано состояние 41 летнего бывшего кельнера (случай 23), доставленного к нам недавно из общей больницы. Как вы видите, речь идет о бледном, плохо упитанном мужчине, правая рука которого, очевидно, потеряла частично свою способность к функционированию. При держании и хватании движения неуверенны и сбивчивы; сила сжатия при динамометрическом измерении приблизительно на половину слабее, чем слева, мускулатура — вяла. Язык несколько отклоняется влево; правая нога слабее, менее ловка и при хождении приволакивается. Сухожильные рефлексы живые; при раздражении правой стопы пальцы веерообразно растопыриваются; на левой можно обнаружить симптом Бабинского. При стоянии с закрытыми глазами наступает покачивание. Болевая чувствительность на всем теле значительно понижена. Левый зрачок шире правого; оба несколько неправильной формы. Левый зрачок совершенно не реагирует на свет; в правом существуют лишь следы реакции, реакция же на конвергенцию в обоих глазах не нарушена. Исследование врачей специалистом глазного дна не открыло ничего патологического; лишь обнаружилось легкое повреждение правого rectus inferior u internus, которое сказывалось в преходящей диплопии. Весьма заметные расстройства представляет речь и почерк больного: отдельные буквы пишутся им так неотчетливо и так близко одна к другой, что слова едва понятны. Написано все в высокой степени дрожащим и неуверенным почерком, почти неудобочитаемо, но не встречается ни пропусков, ни повторений или описок.

Поведение больного не представляет никаких серьезных отклонений от нормы. Он дает правильные и верные сведения о своей жизни и положении, обнаруживает вполне достаточную память, хотя бывает иногда неуверен в хронологии. Задачи он решает без труда. Мы узнаем от него, что его жена умерла около 5 лет тому назад, после 1 года замужества; единственный ребенок умер 6-ти месяцев от неизвестной причины. Недель 10—11 тому, когда он пошел обедать, он ощутил головокружение; дома появился паралич с потерей чувствительности в левой руке и ноге, паралич полчаса спустя исчез. Вскоре после этого была парализована правая сторона; одновременно больной потерял способность речи, хотя понимал все, что ему говорили. Он поступил тогда в больницу, где его лечили сальварсаном.

Если б даже не это последнее его показание, наводящее на мысль о сифилисе, то явления паралича, имеющие место в сравнительно молодом возрасте, должны были бы внушить подобное подозрение. Кроме опухолей и более редких энцефалитических и эмболических заболеваний, можно было бы еще допустить артериосклероз, но он очень редко встречается на 5 десятке жизни; кроме того, преходящесть и двусторонность параличей, участие нервов глазных мышц говорят за менингоэнцефалитический процесс на почве сифилиса. Еще решительнее указывает на эту болезнь “рефлекторная неподвижность зрачка”, ограничивающаяся отсутствием реакции на свет, вследствие чего можно с уверенностью сделать заключение о существовании сифилиса. Однако, в крови не удалось обнаружить Вассермановскую реакцию;

[1] Болезненные явления при указанном лечении, к которому еще присоединились приемы йодистого калия, в течение двух месяцев совершенно исчезли, за исключением значительного упадка остроты слуха; число клеток в спинномозговой жидкости уменьшилось до 16; Вассермановская реакция оставалась как тут, так и в крови. Рецидива в течение 2-х лет не было, позднее мы о больном не имели сведений.

зато при более сильной концентрации ее можно было найти в спинномозговой жидкости, хотя число клеток в кубическом миллиметре равнялось лишь 5. Следует при этом принять во внимание, что больного лечили как раз сальварсаном.

Если несмотря на указанные данные могло бы тем не менее возникнуть сомнение в сифилитической основе болезненного состояния, то оно устраняется теми сведениями, которые мы получили от больного при его предыдущем поступлении в клинику 7 лет тому назад. Он тогда рассказал, что он месяцев 10 до того болел шанкром и проделал два курса лечения впрыскиваниями. Исследование обнаружило тогда резко положительную Вассермановскую реакцию в крови, отсутствие таковой в спинномозговой жидкости, в которой, однако, имелось 125 клеток в кубическом миллиметре. Таким образом, уже вслед за заражением наряду с находкой в крови имелись признаки менингитического заболевания. Левый зрачок уже тогда был шире, реакция на свет, однако, была сохранена в обоих глазах. Весьма существенным является показание, что уже 4—5 месяцев спустя после заражения с больным случился припадок, сопровождавшийся потерей сознания с прикусыванием языка. Так как при сифилисе нервной системы нередки эпилептиформные припадки, то подобное объяснение было бы, несмотря на короткий срок, весьма вероятным, даже если бы повторения этих припадков пришлось бы ждать долго. Я должен еще, между прочим, указать на то, что больной в то время обнаруживал признаки тяжелого алкоголизма, при чем больной злоупотреблял водкой. При этих условиях не исключена возможность алкогольного происхождения упомянутого припадка. В последние годы больной пил меньше, по его словам “лишь 2 — 3 литра пива вечером”.

Разнообразие болезненных картин, вызываемых сифилисом мозга, очень велико, отчасти вследствие разнообразия сопутствующих анатомических изменений, отчасти вследствие меняющейся локализации процесса. Кроме более значительных гуммозных опухолей, которые часто вызывают ограниченные расстройства, при случае и явления повышенного внутричерепного давления, вскрытие трупов учит нас различать преимущественно два вида процессов — менингоэнцефалитические и эндартериитические. В первом случае, имеет место разрастание соединительной ткани и клеточная инфильтрация в мягкой оболочке и ее сосудах; эта инфильтрация простирается на сосуды, проникающие в кору и ведет к сильному утолщению стенок, иногда к полной закупорке, ведущей к размягчению недостаточно питающихся участков; одновременно разрушающее и опустошающее действие воспалительных процессов может перейти и на подлежащую мозговую ткань. При эндартериитических заболеваниях, из которых для нас существенно важны заболевания мелких мозговых сосудов, дело идет то о более ограниченных, то о более разлитых разрастаниях пристеночных сосудистых клеток и глии, а также о новообразованиях сосудов, что в свою очередь связано с гибелью нервной ткани. Клиническим проявлением всех этих процессов являются в большинстве случаев такого рода психопатические состояния, картина которых характеризуется признаками психической слабости с явлениями выпадения и раздражения со стороны нервной системы; иногда наблюдаются также возбуждение, подавленность настроения, галлюцинации, бредовые идеи. К сожалению, в настоящее время еще невозможно установление более точной зависимости картин болезни от определенных анатомических процессов. Разбираемый нами случай относится к довольно обширной группе наблюдений, которую мы обычно называем “апоплектический сифилис мозга”. Группа эта характеризуется сочетанием половинного паралича с некоторым слабоумием и имеет в своей основе менингоэнцефалитическое заболевание.

Вероятность того, что сальварсан оказал известное влияние на болезнь, подтверждается незначительным числом клеток в спинномозговой жидкости; быть может, так же должно быть объяснено и отсутствие Вассермановской реакции в крови. Ясно, однако, что однажды разрушенные части тканей ни при каких условиях не могут быть восстановлены. Вообще, было бы хорошо не возлагать слишком больших надежд на исцеление застарелых форм сифилитических мозговых заболеваний. И именно, эндартериитические процессы представляются совершенно не поддающимися влиянию лечения или же поддаются ему в самой незначительной степени. У нашего больного общая клиническая картина болезни, несмотря на примененное нами лечение ртутью и сальварсаном, не изменилась сколько-нибудь значительно, и нам надо считать, что имеющиеся на лицо расстройства в своих основных чертах не только останутся, но что рано или поздно новая вспышка болезни вызовет значительное ухудшение состояния.

Мало сходства с разобранным случаем представляет 12-ти летний юноша (случай 24), приведенный к нам несколько дней тому назад полицией, которая его неоднократно задерживала бездельно бродившим по улицам ночью и в дождь. Мальчик довольно хорошо развит, однако, утолщение эпифизов указывает на бывший прежде рахит. Задняя часть головы поразительно мала, переносица несколько вдавлена. Зубы плохо развиты, частью кариозные; у резцов мы находим зазубрины в форме полумесяца, как они описаны Hutschinson'ом в качестве признаков наследственного сифилиса. Уши оттопырены; голени слегка выгнуты наружу. Нервных расстройств, кроме резкого повышения сухожильных рефлексов, не обнаружено. Железы в различных местах несколько увеличены; на груди и спине имеется множество маленьких, кругловатых или лучистых кожных рубцов.

Если попытаться войти в контакт с этим юношей, то оказывается, что он правильно понимает и исполняет простые требования, как то: закрыть глаза, высунуть язык, встать, пойти к двери. Когда велят ему писать, то он делает несколько бессмысленных штрихов на бумаге. Он узнает изображения и предметы, качает утвердительно или отрицательно головой в зависимости от того, произносят ли правильные или ложные обозначения их. Далее, он умеет правильно обращаться со знакомыми предметами, играть

кубиками, подражать жестам. Но он не в состоянии сказать почти ни одного слова, в лучшем случае произносит отдельные непонятные звуки, не умеет также считать. И дома он, будто-бы, ясно произносил лишь несколько слов — папа, Пеппи, пиво. Он, таким образом, почти нем, но не глух. Это состояние, обычно, называемое "немота при сохранившейся способности слышать" (Horstummheit), является ступенью развития, через которую проходит каждый ребенок, причем, как правило, делает это очень быстро. Все дети понимают разговор раньше, чем сами научаются говорить; во всяком случае они при этом обычно стараются возможно скорее научиться говорить при помощи всевозможных попыток подражания, но существуют дети, которым такие попытки первое время долго не удаются, а потом они сразу выучиваются объясняться. При замедлении развития речи, как в данном случае, это состояние немоты при сохранившейся способности слышать может затянуться на многие годы, причем понимание речи не оставляет желать лучшего. В исключительных случаях это состояние продолжается даже после 15-ти летнего возраста.

Очевидно, мы здесь имеем, как это обычно бывает в случаях продолжительной немоты при сохранившейся способности слышать, высокую степень общего замедления душевного развития. Мальчик находится, насколько об этом можно судить по его поведению, в лучшем случае на ступени развития 4-х летнего ребенка. Об его прошлом мы, к сожалению, знаем очень немного. Он родился в срок, был вскормлен матерью, но лишь в 7 лет научился ходить. В детстве он страдал воспалением глаз и имел много нарывов на теле, так что до него нельзя было дотронуться. В 3—4 года он часто кричал по нескольку часов подряд, синел весь и терял сознание; это повторялось почти каждую неделю, позднее — реже. Случалось, что он при этом прикусывал себе язык. Сон всегда был беспокойный, ел он много и жадно. В 7 лет была сделана попытка определить мальчика в школу. Там он, однако, не мог поспеть за преподаванием, а занимался лишь кубиками, ручной гимнастикой, вырезыванием, пилением. Временами он становился раздражителен и нападал на своих товарищей. В виду неспособности к учению его поместили в вспомогательную школу, в которой он также не делал никаких успехов.

Медленное и несовершенное развитие ребенка указывает на то, что здесь с самого начала имело место повреждение мозга. Как одно из его проявлений можно рассматривать описанные припадки, о природе коих, во всяком случае, нельзя высказать определенного суждения. Появление "воспаления глаз" и нарывов на теле делает возможным предположение о сифилитическом характере заболевания. В действительности, исследование установило положительную Вассермановскую реакцию в крови, но в то же время она отсутствовала в спинномозговой жидкости; здесь были обнаружены лишь 2 клетки в кубическом миллиметре. Наше предположение находит дальнейшее подтверждение в истории семьи. Отец больного был раньше пьяницей; мать рожала 6 раз. Первые и третьи роды были преждевременными; в промежутке появился на свет наш пациент. Четвертый ребенок умер 3-х месяцев от воспаления легких; 5-му — теперь 7 лет, он здоров. Самого младшего—почти шестилетнего мальчика я могу вам представить. Он родился в срок и был также вскормлен матерью, был очень криклив, имел сыпь, 4-х лет научился говорить, бегает он и сейчас неуклюже, расставив ноги. Это бледный, физически отсталый ребенок с выпуклым лбом и месяцевидными зазубринами на верхних резцах, не обнаруживающий, однако, кроме strabismus convergens справа и весьма живых сухожильных рефлексов никаких значительных расстройств нервной системы. На правой роговой оболочке находят помутнение, на крестце несколько поверхностных беловатых рубцов. Мальчик понимает и исполняет простые требования; он знает и называет обыденные предметы, но не умеет отличить правой стороны от левой, ни назвать цвета, ни их указать. С данной ему игрушкой он не знает, что делать, неловок при обращении с вещами. Его речь ограничивается несколькими словами. Исследование крови и спинномозговой жидкости дало у него в точности те же результаты, что и у его брата.

После этих данных не может быть сомнения, что замедление душевного развития, наблюдаемое у обоих братьев и особенно значительное у старшего, вызвано наследственным сифилисом. Сифилис убивает многочисленные зародыши уже в самый момент зачатия, другие еще до родов, кроме того вызывает скрытые болезненные процессы, которые причиняют то более грубые изменения, то вызывает более общее повреждение роста и созревания организма. Это одна из самых печальных глав столь богатого ужасами учения о сифилисе, именно что физическое и духовное здоровье потомства в такой значительной мере подрывается этой страшной болезнью. Для меня не существует сомнения, что тяжелые уродства мозга: микроцефалия, хроническая головная водянка, хронический менингит и энцефалит у детей в большинстве случаев следует рассматривать, как проявление наследственного сифилиса. Можно также считать, что сюда относятся по крайней мере 40% более тяжелых случаев идиотии. Кроме того, можно доказать, что и значительная часть неполноценных и предрасположенных субъектов, именно морально дефективных, пострадали в своем развитии вследствие сифилиса родителей. К сожалению, у нас нет по этому вопросу планомерных исследований, так что мы пока вынуждены руководствоваться общим впечатлением. Так, я совсем недавно имел случай наблюдать двух школьников, неисправимых в своем поведении и манкировавших постоянно занятиями, в крови которых была обнаружена положительная Вассермановская реакция. Нам кажется, что во многих случаях физическое недоразвитие, чрезмерно "инфантилистическая" внешность указывают на существование наследственного сифилиса. Во всяком случае, у подобных лиц часто отмечаются указания на сифилис родителей, подозрительные заболевания, ранние роды или рождение мертворожденных детей, большая детская смертность, преждевременные роды, жизненная слабость, детские судороги, сыпи, запоздалое развитие, схожие расстройства у братьев и сестер. Иногда, и именно в младенческом возрасте удается обнаружить положительную Вассермановскую реакцию, которая при случае

может оставаться до второго десятка жизни. Как правило надо принять, что этот признак сравнительно рано исчезает, в то время как последствия вреда, причиненного развитию сифилисом, могут ощущаться в течение всей жизни. Вот именно поэтому наши сведения об этих взаимоотношениях так несовершенны; но чем усерднее изучают этот вопрос, тем многочисленнее становятся данные, что влияние сифилиса на детей распространяется значительно шире, чем мы это сейчас предполагаем.

До известной степени это обстоятельство может иметь значение для наших врачебных целей. Независимо от того, что основательное лечение родителей без сомнения оказывает благоприятное влияние на судьбу потомства, многие формы сифилиса мозга у детей также в значительной степени доступны лечению. Правда, даже в благоприятном случае удается лишь задержать дальнейшее развитие болезни, но не восстановить уже раз разрушенное. Для избежания угрожающего развития болезни мы уже начали применять у наших обоих больных лечение сальварсаном; изменения в их состоянии, однако, не наблюдалось. Можно, однако, надеяться, что после окончательной приостановки сифилитического заболевания у детей не исключена возможность дальнейшего естественного развития, большего или меньшего улучшения всего душевного облика. Известная степень недостаточности, конечно, останется и впредь.

IX лекция

Прогрессивный паралич

Вы видите с первого взгляда, что сорокалетний мужчина, которого я вам сегодня демонстрирую (случай 25), находится в депрессивном состоянии. Худощавый, очень бледный и плохо упитанный больной сидит в вялой позе, мрачно, с выражением недовольства на лице смотрит прямо вперед, не обращая на нас особого внимания. При обращении к нему он едва поворачивает голову, но все же дает ответы, хотя тихим голосом и коротко. Он сообщает нам, сколько ему лет, говорит, что был комивояжером, что он женат и имеет 2 детей, один ребенок умер от судорог. Он много разъезжал, последнее время был в Базеле, где он помнит только вокзал и швейцара, остального он теперь не помнит. При расспросах оказывается, что больной обладает весьма порядочными познаниями по истории и географии, он сносно считает, однако внезапно делает замечание: “я никак не могу себе объяснить, куда девался весь мир, все 5 частей света”. Он раньше кое-что знал обо всех городах; теперь от них ничего не осталось. О своем браке он говорит, что в этом браке не было никаких супружеских отношений, не было ни мужа ни жены, дети — продукт бреда, “это не укладывается в моем мозгу”. От него самого ничего не осталось “кроме этого несчастного костяка”. Психиатрическая клиника и здесь присутствующие единственный остаток от всего мира; “все величие разрушено одним ударом”. Это произошло из-за него. Все это он произносит усталым тоном и без всяких признаков душевного движения; он не соглашается, что это болезненные представления. Врачей он не знает; он однако вовсе не болен.

Согласно нашему прежнему изложению мы не сможем считать такое депрессивное состояние за меланхолическое. Против этого говорит то обстоятельство, что наш больной совершенно спокойно и равнодушно сообщает разные странные, противоречивые вещи, признак, который свидетельствует об известной степени слабости критики. При этом незаметно никаких признаков задержек со стороны воли; больной, правда, говорит мало и тихо, но, очевидно, потому, что он не чувствует потребности высказаться; препятствий со стороны аффективного напряжения здесь не отмечается. При этом равнодушный тон, с которым больной говорит о своих нелепых бредовых идеях, очень напоминает случаи dementia praecox. Между тем, мы не можем найти у нашего больного ни одного из этих характерных расстройств волевой деятельности, которые придают картине раннего слабоумия своеобразный отпечаток. Больной не обнаруживает ни автоматической подчиняемости, ни негативизма, ни стереотипии; он не гримасничает и хотя все его движения медленны и вялы, но естественны и непринужденны. Так как, однако, не все эти признаки обязательно должны существовать в каждом случае раннего слабоумия, то правильное ограничение этого случая было бы затруднительно, если бы телесное исследование больного не дало бы полного выяснения вопроса. Мы замечаем, что не только правый зрачок значительно шире левого, но оба они совершенно не реагируют на свет, в то время как реакция на конвергенцию сохранена. Правая половина лица более расслаблена, носогубная складка сглажена. Язык высовывается толчками. Коленные рефлексы с обоих сторон очень живые. Тактильная чувствительность не расстроена, но больной не ощущает боли, если проколоть при отвлечении внимания иглу через складку кожи. Походка несколько неуверенна; при стоянии с закрытыми глазами отмечается легкое шатание.

Наличие подобного рода соматических расстройств с полной определенностью указывает нам, что имеющееся перед нами состояние психической слабости обусловлено той болезнью, которую мы обыкновенно называем dementia paralytica, нарастающий паралич, прогрессивный паралич. Эта болезнь вызывает, с одной стороны, своеобразное слабоумие, доходящее до самых высоких степеней, с другой — ряд грубых расстройств головного и спинного мозга, часть которых мы только что открыли у нашего больного. Особенно важным должно считаться отсутствие реакции на свет зрачков при сохранении реакции на конвергенцию, что безошибочно указывает на сифилис, как на причину болезни. Реже бывает и менее

характерна полная неподвижность зрачков. Дальше выступают гипальгезия, одностороннее или двустороннее усиление или ослабление коленных рефлексов, известные, у нашего больного еще не существующие, расстройства речи и письма, паралитические припадки, наконец, в конечном периоде болезни, параличи и контрактуры различных мышц тела. Болезнь развивается исключительно на почве сифилиса, самое раннее через 5 — 6 лет, а обычно по истечении 10—15 лет после заражения, а иногда еще позднее. Наш больной заразился сифилисом около 12—14 лет тому назад; он лечился серой мазью и йодистым калием от сыпи и какого-то заболевания во рту. 4 года тому назад страдал временной диплопией, которая тогда прошла, но год тому назад вернулась опять. Около 2 лет тому назад он сделался раздражительным; последние полгода бросалось в глаза ослабление памяти, особенно относительно недавних событий; сон расстроился. Резкое проявление болезни началось в дороге, где больной был арестован вследствие странного поведения. Дома он высказывал идеи греховности; он говорил, что сделал подлоги в книгах, что его посадят в тюрьму, что он втянет своих друзей в беду. В клинике он представлял тогда, около году тому назад, приблизительно ту же самую картину, как и теперь. Он не желал есть, так как все стоит слишком дорого, считал, что он вовсе не болен, стремился домой. Бросалось в глаза, что год своего рождения он указывал то, верно, то неверно. Из телесных расстройств, кроме уже указанных явлений, замечалась слабость мочевого пузыря. По истечении 4 месяцев больной был отпущен на пробу домой, начал заниматься делом, но очень скоро начал рассказывать, что в клинике ему “вымели мозг метлой и вставили воронку”. Так как в это время он был возбужден и угрожал своей жене, то спустя 14 дней он должен был снова быть помещен в клинику[1].

Не всегда легко в начале заболевания правильно истолковать паралитические симптомы. Часто мы встречаем легкие изменения настроения с жалобами на потерю трудоспособности и памяти, на повышенную раздражительность, головокружения, случайное заикание, на расстройства, которые самими больными ставятся в причинную зависимость от действительного или возможного заражения сифилисом. Здесь следует обратить внимание, что паралитик большинства действительно проявляющихся расстройств сам не замечает или указывает на несущественное, и очень часто высказывает совершенно странные жалобы без глубокого движения чувств. Напротив, мы видим некоторых нервных больных, которые боясь сделаться паралитиками, рассказывают с мучительным самонаблюдением о расстройствах, едва или почти совсем не существующих. Где память при исследовании ничего не обнаруживает, реакция зрачков не дает никаких расстройств, речь и почерк против прежнего не изменены, паралич должен считаться невероятным. К счастью, последнее десятилетие дало нам в руки вспомогательное средство в виде исследования крови и спинномозговой жидкости, которое нам дает точное решение. Где действительно дело идет о начинающемся параличе, там в крови, как и в спинномозговой жидкости, получается резко выраженная Wassermann’овская реакция, затем в спинномозговой жидкости находят увеличение числа лимфоцитов в 5 — 6 раз, наконец, как показал Nonne, находят известное содержание нуклеоальбуминов, которые у здоровых отсутствуют. Если эти последние находки не характерны для паралича, то все-таки их не бывает, точно также как Wassermann'овской реакции, только в редких исключениях.[2]

По виду полную противоположность указанному больному представляет 43-х летний купец (случай 26), который садится с вежливым поклоном и на задаваемые вопросы отвечает плавно и ловко. Он ориентируется в окружающем и в своем положении, он знает врачей, но о продолжительности своего здешнего пребывания дает неопределенные даты; он не может верно указать год своей женитьбы и сегодняшнее число, так как “он долго не имел под руками календаря”. Он помешался вследствие переутомления и преследований, но теперь он психически совершенно поправился, осталась только некоторая нервность. Его работоспособность в клинике благодаря хорошему уходу возросла так, что он может многого добиться. Поэтому у него блестящие перспективы, он думает после предстоящей в скором времени выписки основать большую писчебумажную фабрику, для которой его друг даст необходимые деньги. Кроме того Крупп, хороший знакомый его друга, отдал ему в распоряжение имение близ Метца, где он предполагает устроить огромное садоводство; место это подходящее и для виноградников. Далее он купит для сельскохозяйственных целей 14 лошадей, устроит обширную лесную торговлю, которая принесет ему кругленькую сумму. На возражение, что все эти дела не так гладко устроятся и потребуют очень больших средств, он уверенно сообщает, что с его огромной работоспособностью он все одолеет; недостатка в деньгах у него не может быть при отличных видах на прибыль. Вместе с тем в его речах сквозит, что кайзер им интересуется и соизволил опять ему предложить дворянство, от которого его дед по недостатку средств отказался. Все эти сведения больной сообщает покойным, деловым тоном, ведет он себя вполне естественно.

Если бы я вам и не рассказывал, что материальные дела этого человека, вследствие его заболевания, далеко не блестящи, что у него нет никаких видов приобрести что-нибудь тем путем, который он указывает, то вы сами все же пришли бы к предположению, что мы имеем дело с болезненными надеждами, с идеями величия. За это говорит та самонадеянность, с которой больной расчитывает преодолеть предстоящие трудности, та легкость, с которой он готов еще больше расширять свои планы при всяком намеке. Если сказать ему, что птицеводство могло бы быть выгодно, он тотчас же уверяет, что он будет держать, само собою разумеется, индеек, цесарок, павлинов и голубей, откармливать гусей, заведет фазанов. Эта

---

[1] Больной после неполных 4-х лет болезни умер.
[2] Все эти методы при исследовании случаев 25, 26, 28, 30, 31 и 32 были еще неизвестны.

своеобразная форма бреда величия, самоуверенное составление все более возрастающих, легко изменяемых под влиянием со стороны планов без всякого обращения внимания на предстоящие препятствия, является в высшей степени характерной для прогрессивного паралича. Нечто подобное этому, правда, наблюдается при маниакальных состояниях, но там это связано с признаками возбуждения, скачкой идей, жаждой деятельности и говорливостью, в то время как наш больной, развивая свои блестящие планы, остается удивительно спокойным и равнодушным. К этому припомним теперь об его неуверенности в хронологических данных и затем подвергнем его более точному соматическому обследованию.

Больной высокого роста, худощавый, крепкого сложения, достаточно хорошо упитанный. Его черты лица несколько вялые, усталые; слева носогубная складка несколько более сглажена, чем справа. Оба зрачка очень узки и не обнаруживают реакции на свет, тогда как реакция на аккомодацию сохранена; язык не дрожит; вытянутые пальцы немного дрожат; коленные рефлексы — живые. При повторении более трудных слов как “электричество”, “третья конногвардейская артиллерийская бригада” выступают пропуски, перестановки, удвоения и замены отдельных звуков и слогов. По-видимому, больному очень трудно в правильной связи и последовательно осуществлять требуемые движения речевого аппарата.

Эта форма расстройства речи, спотыкание на слогах наряду с неясным произношением отдельных звуков, при параличе встречается чаще всего. Такие же расстройства обнаруживает и почерк. Мы встречаем небрежности, искривленное, неровное изображение отдельных письменных знаков, всякого рода пропуски отдельных слогов и слов. В связи с рефлекторной неподвижностью зрачков, неуверенностью в обозначении времени и своеобразным бредом величия, эти расстройства не оставляют никаких сомнений, что больной страдает прогрессивным параличем.

О развитии болезни мы знаем, что больной, повидимому, происходит из здоровой семьи, но он вел очень беспокойную жизнь и страдал lues'ом. Около 2 лет тому назад он сделался рассеянным и забывчивым, в последнее время до такой степени, что его уволили с фабрики, на которой он служил. Около года тому назад он стал возбужден, делал большие закупки и строил планы, иногда плакал в глубочайшем отчаянии, так что его пришлось поместить в клинику. При поступлении он чувствовал себя расположенным к деятельности “психически и физически как никогда”, пожелал заняться в клинике, где ему все нравилось, сочинением стихов, что он может делать лучше Гете, Шиллера и Гейне. Очень быстро у него развился баснословный бред величия. Он хотел изобрести бесчисленное множество новых машин, перестроить клинику, построить собор выше Кельнского, провести стеклянный панцирь вокруг клиники. Он — гений, говорит на всех языках мира, отольет церковь из литой стали, добудет нам от кайзера высшие ордена, найдет средство для “усмирения сумасшедших”, подарит клинической библиотеке 1000 томов преимущественно философских сочинений, у него только божественные мысли. Эти идеи величия беспрестанно менялись, возникали внезапно, чтобы очень скоро смениться другими. Больной обнаруживал большую отвлекаемость, находился в чрезвычайно счастливом настроении, легко переходившем в плаксивое, обнаруживал сильное беспокойство, беспрерывно говорил, писал и рисовал, тотчас же заказывал все, что предлагалось к газетных объявлениях: съестные припасы, дачи, платья, комнатную обстановку и т. д. Он был то графом, то генерал-лейтенантом, дарил кайзеру целый полевой артиллерийский полк, предлагал свои услуги для перенесения клиники на вершину горы. По временам он бывал раздражителен, затевал споры с другими больными, ломал вещи, но всегда скоро успокаивался. Неоднократно у него наблюдалось то задержание мочи, то непроизвольное мочеиспускание.

Через 2 месяца после поступления в клинику больной начал жаловаться на обманы слуха. Друзья стояли на дворе и говорили о нем. Он слышал будто кричат его дети, над которыми чинится насилие. Таким же образом ему сообщили о больших подарках деньгами. Ночью служители хватали его за половые части, в пище был яд, графит. Постепенно он становился покойнее и покойнее и впал в состояние умственного упадка, в котором вы теперь его видите, потерял способность критики, обнаруживал душевную тупость и был слаб волей. Вес его тела, который вначале очень упал, постепенно поднялся, по крайней мере, на 20 килограмм[1].

Описанное здесь течение паралича бывает весьма часто. Вслед за начальными признаками упадка умственной деятельности, особенно памяти, идет период возбуждения с повышенным настроением и с более или менее резким бредом величия. Затем возбуждение исчезает, но слабоумие остается. Эту форму обыкновенно называют классическим параличем, так как эта форма, благодаря резким симптомам, раньше других стала известна психиатрам. На высоте ее болезнь может иметь сходство с маниакальным состоянием, от ошибки в диагнозе предохраняет раньше всего расстройство памяти, затем в общем большая бессмысленность и внушаемость планов и других волевых проявлений, на конец при параличе соматическое исследование обнаруживает расстройства зрачков, речи, почерка, изменения рефлексов, а также серологические и цитологические признаки сифилиса.

Что бред величия не есть необходимый спутник паралича, мы это видели при описании депрессивных форм этой болезни. Ни содержание бредовых представлений, ни галлюцинации, ни окраска настроения для диагноза данной болезни несущественны. Довольно часто мы видим, что идеи величия и идеи уничижения, повышенное и тревожное настроение примешиваются одно к другому или сменяют друг друга, как при

---

[1] Больной после 3 ? летней длительности паралича скончался от милиарного туберкулеза в состоянии глубокого слабоумия.

маниакально депрессивном психозе и при dementia praecox.

Дальнейшее уяснение вопроса может вам дать 50-ти летняя больная (случай 27), которую я сегодня покажу вам в заключение. Она охотно дает ответы, но не знает, где она находится; думает, что это "великолепный дом". На возражение, что это больница, она извиняется: "Да, да, я ведь не обо всем сразу думаю". Она знает число, знает день своего рождения, но год рождения называет 1869, вместо 1864; ей "40 лет", она вышла замуж 30 лет; в действительности ей было тогда 36 лет. Она правильно вспоминает, насколько мы могли проверить, свое прошлое, она была до замужества горничной, затем кухаркой, имела хорошие рекомендации. 19-ти лет она имела ребенка, который умер маленьким, больше не рожала.

Способность усвоения восприятий у больной недостаточна: ей нужно говорить очень ясно и в простых выражениях, если хотят, чтобы она поняла. Она забывает очень скоро, что ей сказали; если ей назвать слово или число, чтобы она запомнила, то она уже через минуту забывает. Маленькую задачу из таблицы умножения больная решает еще правильно, но совершенно неправильно умножает большие числа: 8 раз 14 — у нее 48; 11 раз 12 = 72. Также вычитание и деление ей не даются: 53—11 = 45; 56 разделить на 7 — "скажем, сорок". Даже сложение не идет: 25+7 = 33. Также и в других школьных познаниях больная обнаруживает значительные пробелы. Характерно, что она не сознает своих дефектов, наоборот, чувствует себя совершенно здоровой и не понимает, зачем муж поместил ее сюда. Она говорит только, что она с ним "подралась". Ее настроение довольное, повышенное. Она держит себя совершенно спокойно, не выражает никаких желаний, не справляется вовсе о своем муже, при расспросах просто заявляет, что она готова остаться здесь и дальше.

Что у больной прежде всего бросается в глаза, это сильное расстройство памяти и способности запоминания, особенно неспособность к счету, неспособность ориентировки во временных отношениях. Именно этот последний симптом, который часто стоит в удивительном противоречии с ясностью и последовательностью мышления — в высшей степени характерен для паралича, он может направить опытного человека на верный путь даже в тех случаях, когда душевная жизнь представляет лишь незначительные уклонения.

Далее, мы имеем у нашей больной полное непонимание своего тяжелого положения, равнодушное, даже повышенное настроение и безволие — признаки, которые указывают на тяжелое повреждение психической личности. Если мы исследуем соматическое состояние больной, то оказывается, что правый зрачок не круглый и на свет реагирует еле заметно, на аккомодацию — ясно, в то же время левый не представляет никаких отклонений от нормы. Мы имеем пред собой одностороннюю рефлекторную неподвижность зрачков, которая имеет такое же значение, как двухсторонняя. Сила рукопожатия понижена. Коленные рефлексы — живые. При повторении трудно произносимых слов — выпадают слоги и звуки. Историю "о жадной собаке" (собака шла по низенькому мостику и увидала свое изображение в чистой воде) больная начинает передавать совершенно бессмысленным набором слов: "Eingut mag Stadt, ьber eillen, wirklichen Sieg da steh er in dem diess sie am beeren Hund u. Wasser, sein Bild".

Наконец, надо заметить, что Wassermann'овская реакция в крови, как и в спинномозговой жидкости, положительна и что последняя содержит 28 лимфоцитов в кубич. милл. Эта связь слабоумия с расстройством речи, письма и зрачков, признаки сифилиса в крови и спинномозговой жидкости делают диагноз паралича несомненным. От мужа больной мы знаем, что он 20 лет тому назад болел половой болезнью и лечился от нее. Больная казалась ему уже несколько недель изменившейся, она не могла сосчитать оставшихся денег и покупала бесполезные вещи. Последние недели совершала "одну нелепость за другой", пережаривала кушанья, делала их несъедобными, прибавляя уксус, в противоположность к своей прежней опрятности запустила свою квартиру, не убирала ее, не заметала, неряшливо одевалась, выходила на двор во время дождя. Не отдавала себе отчета во времени: в 7 часов уже ложилась спать. При этом у нее было веселое настроение, она распевала весь день. Ела она "жадно", спала очень хорошо. Такая удивительно быстрая и полная перемена в различных направлениях указывает чрезвычайно часто на начало паралича. В большом числе случаев этот распад психической личности идет все время неудержимо вперед, иногда медленно, иногда с довольно длительными остановками, пока не приводит к очень глубокому слабоумию. В этих случаях говорят о "дементной форме" паралича, которая, вероятно, охватывает главную массу наблюдений, хотя они, при незначительности психических расстройств, часто не попадают в руки психиатров. Заболевание может легко смешиваться с артериосклеротическими и сенильными расстройствами, при появлении частых "припадков" — с эпилепсией и даже с мозговыми опухолями, если серологическое исследование не открывает соответствующих параличу находок.

Известную опору для мысли о параличе может дать нам возраст и пол больных. Так как заражение сифилисом но большей части бывает на третьем десятке, то большая часть паралича падает на возраст между 30 и 45—50 годами, однако наблюдаются иногда заболевания и после 60-ти и даже после 70 лет. Мужчины, из вышеизложенных оснований, являются значительно чаще жертвой паралича, чем женщины, особенно из высших классов; это отношение раньше установлено как 5:1, но постепенно изменяется в пользу женщин. В городах с их источниками сифилитической заразы паралич распространен гораздо больше, чем в деревне. У католического духовенства, которое в значительной мере застраховано от сифилиса, паралич является большой редкостью, в то время как у "любителей пожить", коммивояжеров, офицеров наблюдается относительно часто. Pilz и Mattauschek при наблюдении 4124 больных сифилисом офицеров установили, что после длинного ряда лет 4,75% из них сделались паралитиками. Нередко

вызывающий болезнь сифилис приобретается вследствие брака, как в одном из наших случаев; другой супруг при этом может оставаться здоровым или также заболевает параличем, иногда табесом, сифилисом мозга или другой какой-либо формой сифилиса. Весьма удивительно и до сих пор остается непонятным факт, что паралич не замечается у некоторых народов, несмотря на широкое распространение сифилиса, так напр. в Боснии, Алжире и на Яве. Быть может, в тесной связи с этим стоит результат одного исследования Monkemoller'a, который считает вероятным, что паралич в первое столетие после появления сифилиса в Европе был неизвестен или во всяком случае далеко не был так распространен, как в последующие столетия. Это приводит нас к заключению, что отношение между параличем и сифилисом вовсе не является очень простым — вопрос, к которому позднее мы еще возвратимся.

X лекция

Другие формы прогрессивного паралича

Исходом паралича обыкновенно является смерть при явлениях самого тяжелого телесного и душевного распада. Этот конец приходит в среднем через 2 с чем-нибудь года. В отдельных случаях продолжительность болезни может, однако, колебаться в гораздо более широких границах: с одной стороны, болезнь может длится до 10 и более лет, в других случаях мы видим больных, которые погибают через несколько недель или месяцев.

43-х летний торговец (случай 28), который 2 месяца тому назад поступил в клинику, стал с год тому назад жаловаться на головные боли, а месяца 4-5 стало заметно понижение его работоспособности. Старший брат больного умер от болезни, имевшей сходство с его страданием; он сам всегда много пил; о заражении сифилисом ничего неизвестно. За несколько недель до приема в клинику больной сделался раздражителен, болтлив, стал строить большие планы; не имея средств, вдруг купил купальное заведение за 35000 марок, заказал на 14000 мар. шампанского, на 16000 марок белого вина, чтобы устроить ресторан, купил себе кинжал и мышьяку; у него был припадок, во время которого его всего свело.

Вы видите, что больной сейчас находится в очень сильном возбуждении. Он порвал на себе одежду, украсил себя беспорядочным образом обрывками, обвязал лоскуты вокруг ног, снял пиджак, высоко подвернул брюки. Он беспрестанно болтает и развивает самые сказочные идеи величия, хочет дать себя сделать больше, так чтобы весить 4 центнера, вставить себе в руки стальные прутья, он носит железные ордена весом в 2 центнера, изготовил себе 50 негритянок при помощи железной машины, он всегда останется в возрасте 42 лет, он женится на графине 16 лет с 600 миллионами приданого, которая получила от папы розу добродетели. У него лошади, которые не едят овса, затем 100 золотых замков с лебедями и китами из той материи, из которой делают непроницаемый для пуль панцирь; он сделал большие открытия, построил кайзеру замок за 100 миллионов, он с ним на ты, получил от великого герцога 124 ордена, каждому бедняку он дарит ½ миллиона. Наряду с этим у него идеи преследования. Его 5 раз хотели убить, каждую ночь у него высасывают 2 боченка крови из задней части тела; он поэтому велит служителям отрубить головы и дать их разорвать собакам, строит себе паровую гильотину.

Несмотря на его постоянный крик, болтовню и пение, все-таки удается получить от больного несколько отдельных коротких ответов. Он называет свое имя, знает, что он в “больнице для дураков”, знает врачей, в состоянии приблизительно указать время, но постоянно быстро отвлекается от предмета разговора и снова переходит к своим причудливым идеям. Его настроение повышенное, счастливое, но он вдруг начинает сильно плакать, говоря о мнимой смерти своей жены, однако сейчас же продолжает, что теперь он женится на богатой баронской дочке. Иногда он делается раздраженным, вспыльчивым, однако быстро дает себя успокоить при помощи нескольких приветливых слов и отвлекающего напоминания о его бредовых идеях; его речь быстра, неясна, обнаруживает признаки смазанной, стертой артикуляции и спотыкания на слогах; в письме также находим перемещения и удвоения букв вместе с неуверенностью в отдельных письменных знаках. Черты лица вялы; при разговоре заметны живые содружественные движения в лице. Язык сильно дрожит, высовывается толчками. Левый зрачок значительно шире правого; оба не реагируют на свет. Кожа лица гиперемирована, пульс ускорен. Кожные и сухожильные рефлексы сильно повышены; болевая чувствительность при отвлечении внимания представляется пониженной. Вес тела этого необыкновенно крепко сложенного человека падает очень быстро.

Что больной страдает параличем, вы можете узнать сейчас же по телесным признакам, а также по необычайности и бессвязности его бреда, слабодушной смене его настроений и податливости его воли. Мы имеем здесь дело с той картиной болезни, которую по преобладанию сильного возбуждения называют обыкновенно ажитированной формой. Большей частью, как и в данном случае, эта картина болезни развивается довольно быстро. Дальнейшее течение может привести к более или менее длительному улучшению, но возбуждение может также все возрастать, так что больной в короткое время погибает от истощения, в паралитическом припадке или от других случайностей. Тогда говорят о “галопирующем” параличе. В настоящем случае последняя возможность не исключена, так как больной часто бессмысленно возбужден, наносит себе поранения, мажется и ставит лечению величайшие препятствия. Наша задача в

настоящее время, главным образом, состоит в заботах о достаточном питании и в применении длительных ванн; кроме того, приходится прибегать к приему снотворных средств, трионала, веронал-натрия, люминаля, гиосцина в виду необычайно беспокойного состояния больного. Удастся ли таким образом провести больного через грозящую ему сейчас опасность, трудно сказать с уверенностью[1].

Гораздо менее резкую картину представляет жалкого вида рабочий 40 лет (случай 29), который садится на свое место с угрюмым лицом. Он сначала безучастно смотрит в пространство и

на вопросы не дает никаких или лишь очень скупые ответы. Однако, удается установить, что он знает место своего пребывания, состав своей семьи, ориентирован во времени и событиях последних дней. Не очень трудные арифметические задачи он решает правильно. О своем прошлом он умеет дать правильные сведения, хотя их удается от него получить с трудом. Оказывается, что он год тому назад был в больнице и его лечили сальварсаном. Дома у него часто бывали очень сильные боли в крестце и в ногах. Часто он бывал не совсем в себе, много ссорился. Несколько недель тому назад его нервная система настолько пострадала, что он должен умереть. Он беспокоился, постоянно принужден был громко говорить сам с собой. И теперь мы замечаем, что он по временам говорит сам с собой трудно понятным образом. Из этих речей и с помощью дальнейших вопросов, мы узнаем от него, что он боится, что его семья должна погибнуть, что он повинен в войне, что все кругом в огне, он теперь больше не может помочь. Настроение при этом остается необыкновенно равнодушным, хотя у больного по временам на глазах появляются слезы. Он производит впечатление усталого, вялого и не выражает никаких желаний.

При телесном исследовании больного прежде всего оказывается, что левый зрачок очень расширен и совершенно не реагирует, в то время как правый реагирует на свет и аккомодацию. Исследование глазного дна указывает на не совсем определенный неврит глазного нерва. Коленные и ахиллов рефлексы отсутствуют; точно также брюшные. При стоянии с закрытыми глазами и сдвинутыми ногами наблюдается шатание. Более точного исследования тактильной чувствительности, нельзя провести по тупости больного; болевая чувствительность, особенно на ногах, кажется пониженной. На середине левой стопы имеется утолщение, которое, вероятно, надо толковать как артропатию. Речь и письмо не представляют никаких сколько-нибудь заметных отклонений, только отдельные буквы написаны очень неровно. Но особенное значение имеет результат Вассермановской реакции крови и цереброспинальной жидкости, точно также как и нахождение 53 клеток в одном кубическом миллиметре последней. Из этого явственно следует, что имеющее здесь место подавленное состояние находится в связи с сифилисом.

Из анамнеза больного мы узнаем, что он женат 18 лет и что из 6-ти его детей 4 умерли в первые годы жизни, один из них от судорог при прорезывании зубов. Его болезнь началась 4 года тому назад опоясывающими болями, которые были так сильны, что часто не давали ему есть. За последние 1½ года страдания усилились. ½ года тому назад стали замечать, что больной бывал возбужден и рассеян и часто делал кое-что не так, как нужно. За последние недели он стал говорить о смерти, хотел ехать на родину, чтобы там умереть, стал угрожать, когда ему хотели помешать в этом. Поэтому его привезли к нам. У нас он несколько раз отказывался принимать пищу, потому что его желудок слишком полон; он уже наелся до смерти; пусть ему откроют живот и посмотрят.

При разборе этого случая нам прежде всего надо обратить внимание на целый ряд наблюдаемых уже в течение нескольких лет явлений табического характера: опоясывающие боли, отсутствие сухожильных рефлексов, симптом Ромберга, полное, правда одностороннее, отсутствие зрачкового рефлекса, артропатию, может быть также изменение глазного дна. С принятием табеса вполне совпадали бы далее данные серологического и цитологического исследования. Однако, клиническая картина значительно выходит за рамки табеса. Подавленное состояние в соединении с бессмысленными ипохондрическими бредовыми идеями, но особенно также душевная тупость и безволие указывают на то, что болезненный процесс поразил также и душевную жизнь. Опыт говорит, что такое присоединение душевных расстройств к болезненным симптомам табеса представляет форму паралича, которую мы называем “табопараличем”.

Сущность этой связи пока еще не ясна. Несомненно, табес и паралич — две очень родственные болезни. Однако важные основания говорят против того понимания, что паралич является, до известной степени, только перешедшим на мозг табесом. С одной стороны, по-видимому, имеются табические психозы, которые ничего общего не имеют с паралитическими душевными расстройствами, а с другой стороны, мы обыкновенно находим при параличе изменения в спинном мозгу, которые не соответствуют изменениям при табесе. Но прежде всего мы видим, что табес протекает медленнее и мягче, чем паралич; мы встречаемся там во множестве с неясно выраженными или остановившимися в развитии случаями, которые при параличе принадлежат к величайшим редкостям. Упомянем также вкратце, что анатомическая картина спинного мозга и данные Вассермановской реакции при табесе и табопараличе не вполне совпадают, и что табические симптомы при последнем обыкновенно не вполне выражены. Мы поэтому должны пока думать, что мы в случаях табопаралича имеем дело или с обыкновенным соединением обоих родственных болезней или же с своеобразным течением паралича. Табические симптомы могут, как в данном случае, годами предшествовать появлению душевных изменений. Все течение болезни часто медленное; этому соответствует в нашем случае то обстоятельство, что многие важные расстройства — ослабление памяти, изменения речи и почерка — отсутствуют еще и сейчас почти совсем. Мы поэтому можем рассчитывать на

[1] Больной, при непрестанном падении веса тела, после 3-х месячного пребывания в клинике умер в коллапсе.

более длительное течение болезни, пока не наступит смерть.

Причинная зависимость паралича от сифилиса побудили нас в этом, как и во многих других случаях, сделать исследование на Вассермана и у других членов семьи, где это оказалось для нас возможным. При этом оказалось, что реакция крови у жены больного, а также у его 14-ти летнего сына была сифилитически положительной, в то время как у его 8-ми летней дочери результат был сомнительным. Если мы вспомним, что из умерших детей по крайней мере один ребенок погиб при подозрительных явлениях, судорогах при прорезывании зубов, то мы не в состоянии будем отказаться от убеждения, что семьи паралитиков подвержены значительной опасности от луэса. И, действительно, супруги паралитиков не только очень часто обнаруживают Вассермановскую реакцию, но они довольно часто заболевают тяжелыми мозговыми и нервными страданиями сифилитического происхождения, табесом, луэсом головного мозга или также параличем. Далее можно установить, что браки паралитиков очень часто бесплодны или дают много преждевременно и мертворожденных, а также большую детскую смертность; из 257 браков моего наблюдения, ко времени заболевания параличем одного из родителей, было в живых только 403 ребенка, т. е. на Vs меньше чем родителей. Наконец, среди потомства паралитиков в большом количестве имеются слабые, в физическом и умственном развитии отсталые, нервные или нравственно недостаточные дети; многие заболевают сифилисом мозга или также параличом. Мы имеем поэтому полное основание тщательно исследовать членов семьи паралитиков, чтобы, насколько это возможно, бороться у них с подкрадывающимся действием луэса.

Совершенно особенное течение болезни мы могли отметить у 44-х летнего телеграфного чиновника (случай 30), который входит с сияющим лицом и вежливо нам кланяется. Это стройный, преждевременно поседевший, бледный на вид, но довольно хорошо упитанный человек, охотно дает ответы о своих личных обстоятельствах, знает где он находится, знает врачей, но становится неуверенным и запутывается в противоречиях, как только у него требуют более точного указания времени его пребывания у нас или о важных событиях прежнего времени: времени женитьбы, поступления на службу, перевода на другое место. Он разговорчив, откровенно рассказывает интимные подробности своей семейной жизни, ругает своего тестя и рассказывает различные, очевидно хвастливые, небылицы про свое участие в походе 1870/71 года, хвастается ребячески-наивным образом своими способностями в качестве чиновника. Так, он был представлен к железному кресту первого и второго класса, но фельдфебель в припадке мании величия сжег бумагу о представлении, он сейчас еще обратится к кайзеру и получит разрешение носить эти отличия. Старый кайзер Вильгельм в свое время пожаловал ему 6000 марок для поездок на курорты. Теперь он хочет написать книгу о походе, которая возбудит большое внимание. Он больше совсем не болен, каждый день может вступить в исполнение своих обязанностей, перед ним открывается блестящая карьера, самое большее он поедет еще на несколько недель в какой-нибудь климатический курорт, а через несколько лет он будет почт-директором. На возражения, которые ему делаются, он не обращает внимания, отделывается от них несколькими словами или заменяет свои рассказы другими, не менее невероятными. Познания его довольно хорошие; о своей службе он рассказывает довольно подробно, хотя несколько сбивчиво; при счете больших чисел он становится сильно неуверенным.

Его настроение уверенное, он полон радостных надежд; указания на его теперешнее печальное положение, вдали от своей семьи, без места, без средств, не особенно его трогают; здоровье его, ведь, опять восстановлено, и у него такие превосходные свидетельства, что он повсюду устроится. Некоторые из этих свидетельств он восстановил по памяти и представляет их. Мы при этом видим, что действительные бумаги, вероятно, в известной степени соответствуют этим копиям, но вместе с тем мы находим в них такие восхваления и разукрашивания, которые никоим образом мне, могли быть в оригиналах, например, что он поймал "самого большого преступника Гамбурга". Он также представляет нам свое прошение к прусскому военному министру, в котором он просит защитить перед кайзером его просьбу об ордене и о денежной субсидии. При этом он ссылается на своих прежних офицеров, от которых у него есть визитные карточки, что он "во всем принимал участие". В этих писаниях бросается в глаза, что больной часто пропускает буквы и слова, например, он пишет "вмесе" вместо "вместе", другие буквы он повторяет два раза, теряет нить фразы. Так он замечает, что он "участвовал в следующих битвах и сражениях", но не называет их, а продолжает. "Я был к железному кресту I и второго класса, а также к мекленбургскому кресту за заслуги, которые, как я участвовали в походе 70/71 г. и во вступлении в Берлин". Почерк каллиграфический, но обнаруживает много мелких угловатых неровностей и искривлений.

Несмотря на свои планы на будущее, больной не очень стремится уйти от нас, очень легко дает себя отвлечь и утешить, без больших разговоров согласен еще остаться здесь, не озабочен положением своей жены, которая вернулась к своим родителям, большой потерей времени, тем, что он оставил службу, встречает уверение, что он душевно болен, с недоверчивой улыбкой, но без возбуждения.

Уже обрисованное состояние: значительная слабость суждения, памяти, эмоциональных движений, воли, идеи величия, наконец, расстройства письма, должны привести нас к убеждению, что данный случай относится к области прогрессивного паралича. При более тщательном телесном исследовании кроме того обнаруживается, что носогубные складки сглажены и язык при высовывании сильно дрожит. Оба зрачка не реагируют, коленные рефлексы очень повышены. В быстрой речи, особенно при произнесении трудных слов, отдельные буквы выходят неясными, иногда выпускаются или заменяются другими и переставляются. Так что рядом со смазанной, заплетающейся речью, напоминающей бульбарный паралич, имеется еще и

спотыкание на слогах.

Очень замечательно вместе с тем развитие этого состояния. О семье больного мы не знаем ничего достоверного, точно также о том, был ли он болен сифилисом, однако его брак был бездетен; правда, он уверяет, что он никогда не имел половых сношений со своей женой. По его рассказам, он в молодости совершил кражу, за которую отсидел 2 года в тюрьме. После он участвовал в походе, поступил на телеграфную службу и, кажется, был хорошим чиновником. Приблизительно лет 8 тому назад он заболел в первый раз приступом тревожно-тоскливого настроения. Ему казалось, что грех его молодости стал всем известен, что в газетах есть намеки на это, что его сослуживцы больше не хотят его знать, что начальство его уволит. Ввиду этого он считал свою жизнь испорченной, стал всех чуждаться, покинул свою квартиру и вернулся только через 2 дня домой, не зная, где он был за это время. И тот раз он был 4 месяца здесь в клинике и был отпущен с некоторым улучшением. Телесных признаков болезни тогда не было найдено. После выхода его состояние продолжало улучшаться; он женился, получал повышения, но первые годы вел себя странно.

2 года тому назад, т. е. после почти 5-ти летнего промежутка, он снова был помещен в клинику, так как у него появилось все возраставшее тревожно-тоскливое настроение, отказ от пищи и сильный упадок питания. Больной представлял тогда картину ступора. Он почти не говорил, лежал с мрачным, угрюмым лицом безучастно в постели, ел мало и с большим противодействием. Постепенно удалось выяснить, что он страдал слуховыми галлюцинациями неприятного содержания, чувствовал, что на него воздействуют “перенесениями”. В хлебе, ему казалось, есть навоз, в супе яд, мясо гнилое, пахнет как чума. Настроение его было в высшей степени недовольное, расстроенное; ко всяким уговорам он относился отрицательно. Своего положения он совсем не сознавал и не делал никаких попыток ориентироваться в окружающем и во времени. Это состояние продолжалось полных lJ/2 года с небольшими колебаниями, пока однажды не было обнаружено, что зрачки, которые исследовались очень часто, не реагируют на свет, в таком положении они и оставались; по временам также появлялась разница зрачков. Вместе с тем наблюдалась задержка мочи, а позднее и слабость пузыря. Постепенно больной стал доступнее, и стал рассказывать, что он совсем съежился, сделался на 3Д фута ниже, горько жаловался на все способы лечения, особенно на понадобившееся надолго питание зондом, благодаря которому он заболел. Однако он стал сам есть, прибавил в общем 28 килограммов, из них 20 в течение 7 месяцев, и постепенно впал в состояние благодушного слабоумия, в котором вы находите его сейчас.[1]

Мы едва ли, мне кажется, можем сомневаться, что уже первое заболевание 8 лет тому назад, представляло начало паралича. За это говорит то обстоятельство, что тогдашнее его состояние имело очень большое сходство с последующим припадком, и что больной в промежутке еще долгое время был со странностями. Несмотря на это он еще женился и почти 5 лет исполнял свою нелегкую службу. Это течение, вступительная депрессия, потом снова депрессия, далее повышенное настроение очень напоминает циркулярные заболевания. В таких случаях с периодической сменой состояний говорят о “циркулярном” параличе. Правильное толкование болезни может иногда оказаться затруднительным, особенно когда, как в настоящем случае, телесные симптомы долго отсутствуют. Серологическое и цитологическое исследование крови и цереброспинальной жидкости, конечно, большей частью выясняет положение, исключая редкие случаи соединения циркулярно-депрессивного помешательства с табесом, при которых доказательность этого исследования теряет свою силу.

Очень интересна у нашего больного многолетняя остановка болезни при наличности ненарушенной работоспособности. Существенные улучшения состояния особенно при остро протекающих формах паралича очень часты. Но к редким исключениям принадлежат случаи, когда болезненные явления совсем исчезают, особенно если улучшение длится больше нескольких месяцев или около года. Совсем единичны, наконец, случаи, при которых болезнь, большей частью вызвав умеренное слабоумие, не прогрессирует в течение десятилетия и больше; тогда говорят, обыкновенно, о “стационарном” параличе.

Эти последние данные естественно наводят на мысль попытаться при помощи врачебного вмешательства ослабить болезненные явления и по возможности излечить паралич. В первую очередь придется думать об антисифилитических лечениях, которые, действительно, нашли многообразное применение. Часто сообщают о благоприятных результатах от втираний или в последнее время от вливания сальварсана. Но так как часто наступают улучшения и без специального лечения, то значение такого воздействия всегда является довольно сомнительным Большая часть наблюдателей должна была прийти к заключению, что ни ртуть, ни сальварсан не оказывают на течение паралича ожидаемого действия; первая, иногда, невидимому, даже влияет неблагоприятно. Следует поэтому вообще прибегать к упомянутым средствам только тогда, когда нельзя с уверенностью исключить возможность люэса мозга. То обстоятельство, что в иных случаях задержка прогрессирования паралича вызывается тяжелыми и длительными нагноениями, повело к попыткам вызвать подобие этого процесса при помощи впрыскивания туберкулина или нуклеинового натра, который обыкновенно вызывает сильный лейкоцитоз. И здесь успех пока еще не убедителен. Мне, правда, казалось, что в некоторых случаях соединение лечения сальварсаном с последующим применением нуклеинового натра в еженедельных повышающихся с 0,3—1,0 g. дозах, оказывало благоприятное действие на течение паралича, однако о каком-либо несомненном действии, к сожалению, до сих пор говорить не

[1] Наш больной умер в другой лечебнице после почти 11 лет длившегося паралича.

могу.

XI лекция

Исходные состояния паралича

Наиболее надежным опорным пунктом для клинического разумения самых различных болезненных состояний, с которыми мы имеем дело, является, как я полагаю, их исход. Мы достаточно видели, как в течении одной и той же болезни различнейшие картины могут сменять друг друга, так что на первый взгляд является невозможным понять их внутреннюю связь. Но когда, наконец, прошли более преходящие сопутствующие явления, то все яснее и определенней выступают, по крайней мере в неизлеченных случаях, существенные в картине болезни расстройства. По исходу болезней мы поэтому лучше всего можем составить себе суждение, какие симптомы болезни клинически являются важными и какие нет. Но если мы совсем оставим в стороне эту точку зрения клинической группировки, то для врача все-таки является практически крайне важным установление исхода болезней. Только это дает ему возможность предсказывать будущее, задача, которая в психиатрии, по чисто практическим; причинам, имеет еще большее значение, чем вообще в медицине, тем более, что врач при бессилии наших методов лечения часто принужден искать единственного удовлетворения лишь в разрешении этой задачи.

Паралич является той болезнью, которая благодаря закономерности ее исхода, несмотря на многообразие своих форм, одна из первых была истолкована как одно целое. Идеи величия и унижения, возбуждения и депрессии, бред и галлюцинации — все при этой болезни в конце концов происходит на фоне своеобразного, глубокого слабоумия в соединении с параличем. Конец, поскольку особые обстоятельства не приводят к нему преждевременно, везде один и тот же. Но что вышеупомянутые, более всего бросающиеся в глаза расстройства являются на самом деле не существенными, а только побочными, сопровождающими явлениями болезненного процесса, этому учат нас те многочисленные случаи, при которых с самого начала в картине болезни господствует почти в чистом виде простое паралитическое поглупение.

Если вы посмотрите на машиниста 41 года {случай 31), которого я вам здесь демонстрирую, то вы сейчас же увидите, что больной в высокой степени слабоумен. Он медленно и с трудом отвечает на вопросы, не знает точно, где находится, думает, что он в “водолечебном заведении, где находятся нервно-больные”.

Месяц и год он не может назвать, свой возраст указывает неверно, не знает, когда он женился, как давно он здесь, не знает имен врачей. Его познания оказываются очень скудными. Хотя он усердно читал газеты, он думает, что Вюртемберг — республика; “кронпринц будет президентом, Георг или как он там называется”. Битва при Седане была 10 или 12 сентября; другие битвы 1870 г. были при Кенигретце, Бельфоре, Саарлуи. При счете больной делает много грубых ошибок, но в результате с удовлетворением говорит, что он хорошо считает в уме. Он согласен оставаться здесь; ему здесь нравится, хотя он не считает себя душевнобольным. Ему приходилось т бумажной фабрике, где он работал, много часов проводить в большой жаре, и поэтому он стал нервным. Настроение больного безразличное; он не задумывается о своем положении и легко дает собой руководить в каком угодно направлении.

Уже при этом кратком разговоре рядом со слабостью суждения и тупостью больного так сильно выступает глубокое поражение памяти и ориентировки, что это нас сейчас же наводит на мысль о прогрессивном параличе.

При телесном исследовании мы находим раньше всего вялые, лишенные выражения черты лица с неравномерно выраженными носогубными складками. Язык сильно дрожит при высовывании; при этом обнаруживаются содружественные движения во всех мышцах лица и шеи. Правый зрачок шире левого; оба не реагируют на свет. Руки дрожат, мышечная сила незначительна; движения неуклюжи и неловки. Сухожильные рефлексы живые; намек на клонус стоп. При стоянии с закрытыми глазами наблюдается шатание. Сильный укол булавкой, который я наношу больному во время разговора, он совсем не замечает; очень удивлен, когда обращаю его внимание на глубоко сидящую в руке булавку. Походка несколько тяжела, почерк неуверенный. Речь также значительно расстроена; при повторении трудных слов заметно сильное спотыкание на слогах. Кроме того больной часто не в состоянии, когда ему показывают предметы, найти правильное название, хотя он хорошо узнает вещи и сейчас же подтверждает, когда ему называют их; имеются, таким образом, намеки на афазию.

Как вы видите, исследование вполне подтверждает наше предположение. Общая картина данной болезни представляет все существенные черты паралича, правда без бредовых явлений и без расстройств настроения, как это мы видели в прежних случаях этой болезни. Можно было бы думать, что настоящему состоянию предшествовала более развитая картина болезненных симптомов. Этого однако здесь не было. Больной, который родился вне брака и имеет двух отдаленных родственников, которые были душевнобольны, был около 1¼ года тому назад совершенно здоровым, трезвым, прилежным работником. Он женат и имел ребенка. Болезнь обнаружилась впервые после пожара, однако больной уже 4 года тому назад временно страдал диплопией и тогда же по временам не мог держать мочи. После испуга у него начались головные боли, бессонница, недостаток аппетита, запоры, ослабление памяти и плохое настроение.

По временам наступали улучшения; в промежутках больной работал, но торопливо и с известным возбуждением. Когда он, наконец, 4 недели тому назад поступил к нам, с ним несколько раз случались припадки слабости и оглушенности, во время которых у него делалось головокружение, он должен был скорее сесть, и кроме того он обнаруживал ясные признаки афазии. Спустя несколько часов он обыкновенно снова оправлялся. Луэс больной отрицает, триппер признает. Такого рода показания получаешь приблизительно от трети больных, точно также часто и при третичном луэсе. Кроме расстройств памяти и намеренного отрицания здесь, очевидно, играет роль еще то обстоятельство, что паралич особенно часто, по-видимому, развивается после очень легко протекающего сифилиса. Очень часто слышишь от больных, что у них, правда, когда-то была небольшая язва, но она очень быстро прошла. Более заметные вторичные и третичные явления редки. У нашего больного, однако, прежняя диплопия указывает на сифилитическую основу болезни.

Анамнез дополняет еще картину болезни легкими, но несомненными паралитическими припадками. Подобного рода припадки в соединении с преходящими афазическими расстройствами часто представляют первые признаки начинающегося паралича. В психическом же отношении больной с самого начала являл картину медленно развивающегося слабоумия. Мы имеем, таким образом, дело с развитым дементным параличем.

Случаи, относящиеся к этой группе, впрочем, далеко не однообразны. Более значительная часть, безусловно, должна быть отнесена к сравнительно тяжело протекающим формам паралича, Высшая степень слабоумия и конец болезни здесь нередко наступают в необычайно короткий срок, иногда даже через несколько месяцев, так что иногда приходится думать, что болезнь существовала уже гораздо раньше, не будучи замеченной. Я, однако, часто имел случай убедиться в ошибочности этого мнения. Дальнейшее течение тех случаев, где паралитические припадки случаются часто, ремиссии же обыкновенно отсутствуют, может быть довольно быстрым, так что смерть наступает почти в 1/5 случаев, уже в течение первого года болезни. С другой стороны, наблюдается также незначительное число случаев, в существенном представляющих из себя картину простого слабоумия, которые отличаются очень медленным течением и необычайно большой продолжительностью. В нашем случае первые следы болезни лежат довольно далеко в прошлом; по крайней мере, мы должны поставить в связь диплопию и расстройство мочеиспускания, наблюдавшиеся 4 года тому назад, с обнаружившейся затем более ясно болезнью, так как подобные симптомы часто предшествуют параличу. В виду медленности, с которой более тяжелые расстройства последовали за первыми предвестниками болезни, можно ожидать у нашего больного более длительного течения болезни[1].

Конечный тяжелый стадий исходного состояния болезни вы видите у 50-ти летнего почтового служащего (случай 32), которого я должен демонстрировать вам в постели, так как он уже давно не в состоянии ходить. Кроме того больной со вчерашнего дня лежит без сознания, не реагирует ни на обращения, ни на уколы булавкой. Голова повернута налево; полуоткрытые глаза тоже смотрят налево и закатились несколько кверху. Зрачки широки и не суживаются при освещении. Черты лица вялые, запавшие, губы сухи и покрыты, как и язык, легкими коричневыми корками. Выдыхаемый воздух отличается наполовину гнилостным, наполовину кисловато-ароматическим запахом, как это обыкновенно бывает у голодающих душевнобольных, и что объясняется примесью ацетона. Дыхание поверхностное, медленное, пульс малый и частый, температура тела несколько повышенная. В конечностях, особенно справа, вы замечаете при попытках движения заметное напряжение; коленные рефлексы, несмотря на это, очень повышены. Если мы выждем некоторое время, то вы увидите, как внезапно глаза совершенно повертываются налево; затем следует толчкообразное, движение головы налево, к которому после короткой паузы присоединяется трясение и подергивание головы. Напряжение в конечностях увеличивается и тоже разряжается легкими подергиваниями, которые преимущественно поражают правую сторону. Все это длится только несколько минут; затем больной опять лежит неподвижно.

То, что вы видите здесь перед собой, является паралитическим припадком. Его можно тотчас отличить от эпилептического по сравнительно небольшой силе судорожных явлений при полном отсутствии сознания, особенно же по неравномерному участию различных мышечных областей, как это свойственно картине корковой эпилепсии в отличие от обыкновенных эпилептических припадков, при которой судороги обыкновенно бывают двусторонние. Бывают, впрочем, паралитические припадки, которые совершенно одинаковы с эпилептическими. В других случаях припадки протекают по картине апоплексии: больные совершенно теряют сознание, с храпящим дыханием внезапно падают на пол и могут при этом умереть или очнуться через некоторое время с односторонним параличем тела и часто также с афазическими расстройствами. Очень быстрое исчезновение этих явлений должно, всегда возбуждать подозрение в паралитическом характере припадка; оно находится в связи с тем, что болезненные явления вызываются здесь не кровоизлияниями или закупоркой сосудов с последующим размягчением, а микроскопическим поражением мозговой ткани, которое, вероятно, надо толковать как действие интоксикации. О легких припадках головокружения и обмороках, часто со следами афазии, обнаруживающими их фатальное значение, мы уже упоминали.

У нашего больного припадок, который собственно состоит из длинного ряда отдельных припадков,

[1] Больной умер через 3? года после начала психических изменений.

длится уже 30 часов. Это, однако, может продолжаться еще некоторое время, иногда, 8, 10 дней и даже дольше но, конечно, опасность для жизни с каждым днем увеличивается[2]. Смерть, однако, обычно является не непосредственным следствием мозгового заболевания, а чаще всего вызывается глотательной пневмонией. Вследствие полной нечувствительности гортани, слюна, полная гнилостных возбудителей, беспрепятственно стекает в легкие и вызывает там септическое воспаление. Другую опасность представляют пролежни, которые у беспомощных, вечно неопрятных больных, могут быть предупреждены только при помощи крайне тщательного ухода, лучше всего при помощи постоянных ванн. Так как больные не глотают, то прием пищи во время паралитического припадка прекращается, и лучше всего дать сначала больному поголодать. Но если припадок длится дольше 2 —3 дней, то судя по общему состоянию питания, начинают кормить через зонд. До этого можно попробовать ввести в кишечник некоторое количество жидкости при помощи высоких вливаний физиологического раствора соли; при возбуждающей опасения слабости сердца мы прибегали также к соляным вливаниям под кожу. Полость рта следует, насколько это возможно, держать в чистоте при помощи частого обмывания; следует также обращать внимание на правильное опорожнение пузыря и прямой кишки, которое часто приостанавливается. Однако и при самом тщательном уходе резко выраженный паралитический припадок всегда является серьёзным явлением. Если и удастся спасти жизнь больного, то видишь обычно, что слабоумие больного после того снова сделало крупный шаг вперед.

Наш больной один раз, 3 месяца тому назад, уже перенес паралитический припадок, длившийся несколько дней. Он заболел около 1¾ г. тому назад. Было замечено, что его память стала слабеть, что он делает много ошибок в счете и что он не вполне хорошо говорит и пишет. Хотя эти расстройства быстро прогрессировали, однако он не чувствовал себя больным. Лишь первый упомянутый припадок дал повод к помещению его в больницу, где он оказался уже совсем слабоумным, обнаруживал значительное беспокойство и высказывал скудные идеи величия. К нам в клинику он пришел 7 месяцев тому назад, будучи уже совершенно слабоумным, с ясно выраженными расстройствами речи, которые выражались в виде склонности к удвоению глухих слогов. Больной, далее, был заметно афазичен; так, он называл кочергу "дровка, деревяшечка", "дровяной ящик", часовой ключ "часовой король, часовой заводильщик". Зрачки еще реагировали; общая рефлекторная возбудимость была настолько повышена, что он при внезапных движениях к его лицу, вздрагивал всем телом. Если его сажали на стул таким образом, чтобы только кончики ног касались пола, то сейчас же обнаруживалось трясение ног вверх и вниз благодаря появлению клонуса стопы. Хождение и стояние вследствие слабости и напряжения в ногах скоро сделалось невозможным; потеря в весе тела, несмотря на обильное питание, постоянно увеличиваясь, достигла 10 килограммов. Больной делался все слабоумнее и беспомощнее, постоянно был неопрятен. За последнее время присоединилось еще постоянное, громкое скрипение зубами, как это часто замечается в последних стадиях паралича.

Анатомическую основу паралитического слабоумия образуют глубокие разрушения всех важных составных частей мозговой коры: клеток, проводящих путей и также серого основного вещества между клетками, дальше сильное разрастание глии, новообразование сосудов, внедрение лимфоцитов и плазматических клеток в лимфатические пространства вокруг сосудов, появление многочисленных палочковидных клеток. Конечным результатом является сморщивание мозговой коры в соединении с более или менее полной гибелью тех тканевых частей, которые мы рассматриваем, как носителей душевных процессов. Но, кроме того, болезненные изменения распространяются на многие другие области мозга, большие базальные ганглии, нервные ядра, и даже на спинной мозг, в котором преимущественно поражаются боковые и задние столбы. Наконец, болезнь распространяется и на мягкую, и на твердую мозговую оболочки, а также, вероятно, еще на целый ряд органов, однако наши сведения на этот счет до сих пор еще очень не совершенны.

Общая картина всех этих изменений является настолько характерной для болезни, что удается на основании анатомического исследования выделить из сборного понятия паралича все неоднородные примеси. Клиническое разграничение, правда, во многих случаях остается сомнительным, особенно по отношению к различным формам луэса головного мозга, но серологическое исследование в значительной степени облегчило и здесь нашу задачу. Далее, данные вскрытия учат нас отличать в качестве "атипических" параличей целый ряд болезненных картин, которые в виду необычайной локализации изменений, клинически очень существенно отличаются от знакомых уже вам форм.

Вспомогательное значение серологии .уже при жизни оказалось полезным для правильного толкования тех случаев паралича, которые лежат за пределами обычных возрастных групп и которые поэтому сначала толкают мысль в другом направлении. Так, выяснилось, что отдельные случаи, наблюдавшиеся в старческом возрасте, которые без этого мы склонны были бы рассматривать как старческие или артериосклеротические заболевания, на самом деле принадлежат к паралитическим. Но еще важнее выяснение многих детских форм слабоумия, которые на первый , взгляд можно принять за идиотизм или эпилептическое слабоумие. Мы уже упоминали раньше, что дети паралитиков часто страдают от последствий родительского луэса, иногда в форме паралича; то же самое относится к потомству всяких сифилитиков.

Если вы посмотрите на жалкую истощенную фигуру больного, которого я приказал ввезти к нам на

[2] Больной умер на следующий день, не выходя из припадка.

кровати (случай 33), то вы вряд ли предположите, что этому молодому человеку ростом в 1,37 м. около 18 лет; нормальная длина для его возраста, которой мы в праве ожидать—166—170 см. Вес его тела 26 килогр. вместо нормальных 55—60 килогр. Черты лица совсем детские и при этом совершенно без выражения. Больной лежит несколько съежившись, с согнутыми скрещенными ногами, без движения, на боку; от времени до времени он делает легкие причмокивающие движения ртом. Всякая попытка вступить с ним в общение остается совершенно безуспешной. Ни предметы, которые держат перед ним, ни угрожающие жесты, оклики или другие слуховые раздражения, прикосновения, уколы булавкой не вызывают никакой реакции; только если положить больному что-нибудь в рот, он начинает сосать. Если тронуть слегка согнутые руки, то мы убеждаемся, что они находятся в состоянии сильной контрактуры, которую можно преодолеть лишь с трудом; еще сильнее контрактура в атрофических прижатых друг к другу ногах, которые никак нельзя больше выпрямить. Коленные рефлексы живые. Ноги находятся в положении pes eqinus. При этом большой палец удивительным образом загнут кверху; когда проводят по подошвенной стороне стопы, он медленно приподнимается еще немного кверху, чтобы затем вернуться к прежнему положению. Зрачки широки, совершенно не реагируют на свет; вызвать реакцию на аккомодацию в данном состоянии больного невозможно. Следует еще упомянуть о зазубренности нижних резцов в виде полулуний.

Картина, которую представляет больной, является таким образом глубочайшим слабоумием в соединении с общим спастическим параличем, симптомом Бабинского и известными особенностями, которые указывают на сифилитическую подкладку, именно неподвижность зрачков и Hutschinson'овские зубы. Это подозрение подтверждается серологическим исследованием, которое обнаружило в крови и цереброспинальной жидкости Вассермановскую реакцию, т. е. признаки, свойственные параличу. Число клеток в спинальной жидкости составляло 14 в кубическом миллиметре. Не подлежит при этих обстоятельствах сомнению, что мы имеем здесь перед собой последнюю стадию паралитического заболевания, как она наблюдается повсюду, где больные не погибают уже раньше благодаря каким-нибудь случайностям. Мы должны будем поэтому предположить, что у родителей был луэс, хотя они это и отрицают; иначе надо думать, как это бывает в редких случаях, что заражение сифилисом произошло в раннем детстве каким-нибудь другим путем.

У нашего больного нет ни братьев, ни сестер. В первые годы жизни он не обнаруживал никаких расстройств и в школе вначале успевал довольно хорошо. На 7-ом году у него случились в один день два раза судороги. С тех пор мальчик стал отставать в своем развитии, учился плохо, постепенно "поглупел" и отупел, и 13-ти лет должен был оставить школу, пройдя два класса. Через год снова появились судороги, повторявшиеся каждые два дня, а нередко и несколько раз в один день. Умственная слабость увеличивалась; вместе с тем мальчик стал раздражителен и "злобен", ночью беспокоен, неуклюж в работе, наконец стал мараться под себя; речь стала совершенно непонятной. Когда он вскоре после того был доставлен к нам, он был уже в высокой степени слабоумен: не узнавал своей матери, не умел играть, умел произносить только несколько слов. Движения его были неуверенны и атактичны; он не мог ни ходить, ни стоять, иногда наблюдалось скрипение зубами. Уже тогда была контрактура в конечностях; симптом Бабинского и связанная с ним постоянная гиперекстензия большого пальца; уже обнаруживалась точно также неподвижность зрачков, которая наблюдалась и при аккомодации. С тех пор душевный и телесный распад прогрессировал медленно, но беспрерывно; вес тела, который по временам подымался до 33 клгр., стал с год тому назад постоянно падать. Бросающимся в глаза сопутствующим явлением в течении болезни были судорожные припадки, которые с значительными колебаниями в частоте появлялись до 10 раз в день. С внезапным криком и посинением лица наступали сильные, то более односторонние подергивания конечностей и мышц лица и глаз, то двусторонние которые прекращались приблизительно через 1/2 минуты и, очевидно, сопровождались потерей сознания. Иногда они сопровождались легкими временными повышениями температуры и всегда увеличением белых кровяных шариков, число которых повышалось с 8—9000 в бесприпадочные дни до 16—18000 даже до 32000 в кубическом миллиметре в дни припадков. Эти нередкие у молодых паралитиков эпилептиформные припадки отличаются от описанных раньше форм во-первых своим обилием, а во вторых отсутствием последующих явлений паралича. Во время одного из таких припадков под влиянием мышечных судорог произошел перелом правого плеча, который сросся при соответствующем лечении, оставив еще до сих пор ощутимое утолщение. Уже давно известно, что у паралитиков нередко наблюдается сильная ломкость костей; точно также сравнительно легко разрушаются при насилиях ушные хрящи, так что появляются гематомы уха. Родственной этим расстройствам является, по всей вероятности, склонность паралитиков к пролежням, от которых их можно уберечь только при помощи самого тщательного ухода, в некоторых случаях помещением в постоянную ванну.

Обусловленный наследственным сифилисом "юношеский" паралич обыкновенно проявляется, как и у взрослых, лишь долгое время спустя после проникновения болезненных возбудителей, большей частью около 10 года жизни. Его проявления обычно гораздо менее бурны; его течение значительно медленнее; в данном случае он длится уже более 11 лет[1]. Эго значит, что или наследственный луэс в состоянии вызвать лишь ослабленную форму болезни, или что детский организм обладает приборами, которые в состоянии противодействовать вредоносным влияниям. Какое из этих предположений правильно, мы сумеем решить

---

[1] Больной умер через несколько месяцев при очень сильном учащении припадков (248 припадков в последний день его жизни).

лишь тогда, когда мы будем обладать ясным представлением о сущности паралича. Пока мы можем сказать только то, что его принципиально надо отличать от луэса мозга. За паралич, кроме иных данных вскрытия и сильно выраженной Вассермановской реакции в цереброспинальной жидкости, говорят прежде всего длительность подготовительного периода паралича и его неизбежный смертельный исход, до известной степени также его неподатливость антисифилитическому лечению. Многие симптомы говорят за то, что паралич представляет общее заболевание, “кахексию”, в совершенно другом смысле, чем луэс нервной ткани. Я хотел бы еще указать здесь на слишком мало исследованные анатомические изменения в самых различных органах тела, на “трофические” расстройства и на неудержимое физическое истощение, которому удивительным образом часто предшествует очень большое увеличение веса тела. Во всяком случае, мы должны себе представлять связь паралича с всегда задолго до того приобретенным луэсом иначе, чем при формах третичного сифилиса, поддающихся излечению и ведущих к истощению или смерти только вследствие заболеваний определенных органов. Moebius поэтому говорил здесь о “метасифилисе”, будущее должно показать, какое более точное содержание мы должны будем вложить в это название.

XII лекция

Артериосклероз и старческое слабоумие

Болезни мозга, о которых мы говорили на последних лекциях, объяснялись определенной, извне проникшей в тело причиной. Сегодня мы займемся расстройствами, которые хотя и обнаруживают много сходных черт, однако имеют совершенно другую этиологию.

Как вы с первого взгляда видите, 58-ми летняя крестьянка, {случай 34), которая входит волоча ноги, парализована с правой стороны. Рука в согнутом положении, тесно прижата к телу, кисть висит, цианотична несколько отечна и холодна на ощупь. При пассивных движениях вы ясно замечаете сильное напряжение в слегка согнутых пальцах; только применяя известную силу, удается их выпрямить, при вытяжении руки тоже замечается легкое сопротивление. Больная сама в состоянии делать только небольшие слабые движения пальцами и рукой. Правая нога при хождении слегка приволакивается. Чувствительность к прикосновению и уколам булавкой справа сильно понижена, но оказывается и слева слегка притуплённой во всяком случае больная не делает защитных движений. Коленный рефлекс слева сохранен, справа повышен; здесь есть и небольшой клонус стопы. Движения глаз, зрачки и глазное дно не представляют никаких болезненных изменений. Пульс довольно полон и жёсток.

Более тщательное исследование больной очень затрудняется тем, что она совершенно афазична. Единственные слова, которые она в состоянии произносить и постоянно повторяет это: “Я хочу в постель”. Удается, однако, показать, что она понимает простую речь. Просьбу дать руку, показать язык она обыкновенно исполняет, хотя и очень медленно и тяжело. При этом она обнаруживает склонность повторять одно и то же движение, хотя бы ее после просили о другом. Только постепенно она овладевает новой задачей. Сложных требований она, по-видимому, совсем не понимает. Она еще делает слабую попытку на просьбу подать парализованную руку, но совершенно не знает, что делать, когда ее просят Левой рукой взяться за правое ухо. Она, может быть, высунет тогда язык, или закроет глаза, или сделает какие-нибудь другие попытки неправильных движений.

Конечно, трудно на первых порах сказать, обусловливается ли это поведение неспособностью целесообразно производить правильно задуманные движения, т. е. парапраксией, или недостаточным пониманием требования. В пользу первого толкования говорит, может быть, то наблюдение, что больная при перемене требования сначала безусловно склонна повторить прежнее движение, но потом исправляется. С другой стороны, при, правда очень минимальных, самостоятельных волевых движениях больной не бросалось в глаза, чтобы ей доставляло особенные затруднения приводить в исполнение свои намерения или чтобы она делала нечто неправильное.

Но далее удается с несомненностью показать, что на самом деле понимание слов у нее пострадало. Если ей показать две различных монеты и попросить взять большую по величине или по ценности, то смысл требования, очевидно, остается для нее совершенно неясным. Она берет то одну, то другую в руку, снова кладет их и вопросительно смотрит на врача, не понимая, чего от нее хотят. Если, однако, сам предмет имеет в себе нечто, что позволяет угадывать наше намерение, то задача исполняется ею без долгого колебания. Так, ключом она делает движение отмыкания, коробку спичек она открывает и вынимает спичку, хотя это с одной рукой представляет для нее довольно большое затруднение, нож она открывает даже при помощи зубов. Врача, которого она случайно знала раньше, она очень живо приветствовала и поняла, что говорят о нем, когда ее попросили найти его в толпе окружающих. И сейчас она на мой вопрос легко находит врача своего отделения и несколько раз приветливо кивает ему головой, усердно бормоча при этом свою однообразную фразу.

Из этих наблюдений мы должны заключить, что больная в общем довольно хорошо воспринимает и применяет получаемые впечатления; она лишь недостаточно понимает обращенные к ней слова. Таким образом, рядом с полной неспособностью говорить существует и довольно высокая степень словесной

глухоты. Больная не обнаруживает особенно заметной окраски настроения она в общем равнодушна, мало интересуется окружающим, много спит. Если на нее обращают много внимания, то она становится приветливой, если оставить ее без внимания, то она плачет, так было, напр., когда один раз забыли вывести ее вместе с другими больными в сад. Желаний или страха она не выражает; возбуждений не замечалось. Поведение ее совершенно правильно, она опрятна, ест сама, здоровается с врачом, охотно исполняет предписания.

За 4 месяца, как больная у нас, ее телесное и душевное состояние в существенном не изменилось; только вначале она была неопрятна, ее приходилось кормить, она казалась слабоумней, чем сейчас. Это течение с самого начала говорить против предположения о паралитическом заболевании, так как наблюдаемые в тех случаях очаговые явления, за редкими исключениями, обыкновенно очень быстро сглаживаются. Мы вынуждены поэтому принять, что здесь, вероятно, имело место более ограниченное разрушение коры в области островка, которое распространилось с одной стороны на третью мозговую извилину, а с другой на височную долю. На самом деле больная перенесла два удара, первый — легкий — восемь месяцев тому назад, второй — три недели, спустя. После первого она еще в состоянии была исполнять свои домашние работы; после второго наступил сильный паралич правой руки и потеря речи. Вместе с тем больная перестала спать, стала тревожна, спутана, возбуждена, хотела лишить себя жизни и однажды даже бросилась в реку, но сама же вышла назад. До, того она, говорят, всегда была здорова и жизнерадостна, в молодости у нее был незаконный ребенок. Ее бабушка была душевнобольна.

Если мы захотим составить себе суждение о том, какого рода болезненный процесс в мозговой коре мы имеем перед собой, то, в виду повторных припадков, внезапного появления расстройств и их большой продолжительности и постоянства мы раньше всего должны будем думать о кровоизлиянии или закупорке сосудов. Но кроме того глубокие изменения всей душевной жизни, а именно большая тупость больной, которая вряд ли может быть объяснена одним ограниченным разрушением коры, с большой вероятностью указывает на более общее участие мозговой коры в болезненном процессе. Мы поэтому можем, по-видимому, себе представить, что артериосклеротические процессы в мозговых сосудах вызвали сначала расстройства питания, а затем очаги размягчения. За это понимание говорит также возраст больной. Артериосклероз обыкновенно развивается на 6—7 десятке жизни, только в исключительных случаях раньше. Развитию его благоприятствует злоупотребление алкоголем, сильное курение табаку, а также частые душевные волнения и чрезмерное телесное напряжение, далее роскошный образ жизни; общим результатом всех этих причин может явиться повреждение стенок сосудов. Безусловно важную роль играет и луэс, однако пока еще остается открытым вопрос, насколько некоторые вызванные им болезни сосудов могут быть сближены с остальными формами артериосклероза.

Медленное развитие страдания не позволяет думать о существенном улучшении, скорее нужно ожидать дальнейших ударов, которые еще ухудшат состояние апоплектического слабоумия, которое мы имеем перед собой, или положат конец жизни. Обыкновенно пытаются бороться с болезнью приемами iodkalium'a, в маленьких дозах диуретина и нитроглицерина, но не следует возлагать на это больших надежд[1].

Существенно отличную картину представляет 72-х летняя женщина (случай 35), которую привезли к нам полгода тому назад. Она прежде была телесно и душевно всегда здорова, вышла замуж 30-ти лет и родила 4-х детей, из которых двое еще живы. О наследственном предрасположении мы не могли ничего узнать. Со времени смерти мужа, которая последовала после 7½ летней семейной жизни, у этой женщины было много забот. Значительное изменение произошло с ней, однако, приблизительно 1 год тому назад, после того, правда, как она уже несколько лет раньше часто жаловалась на головные боли и головокружения. Больная постепенно стала забывчива, путалась во времени, да и в домашних делах, не знала ела ли она уже, не узнавала окружающих. Свою дочь она принимала за свою сестру, много говорила о своих покойных родителях так, как если бы они были еще живы. Вместе с тем стало замечаться известное беспокойство. Больная стала раздражительна, сердита, недоверчива, вечером не ложилась, задолго до рассвета опять вставала, возилась без толку, все хотела куда-то уходить, не в состоянии была больше правильно работать, ела беспорядочно.

Больная мала ростом, держится согнувшись, лицо у нее сморщенное, волосы седые, довольно густые, состояние ее питания очень посредственное, в остальном же, кроме дрожания рук и нерегулярности сердечных ударов не обнаруживается сколько-нибудь заметных расстройств. Она понимает обращенные к ней вопросы, хотя и с известным трудом и только при повторении. Из ее ответов выясняется, что она совершенно не ориентирована во времени, месте и окружающем. Она думает, что она здесь на свадьбе; окружающие кажутся ей все знакомыми, она только не может назвать имен, сама жалуется, что стала забывчива: “я как-то не умею разобраться в вещах”. По ее словам она так одинока и не заботилась об этих вещах. В качестве текущего года она называет год своего рождения, то какое-нибудь другое число, говорит по переменно что ей 30, 60 или меньше 20 лет, очень возмущена, когда ее называют “старая женщина”. До ее сознания совсем не доходят самые грубые противоречия в ее указаниях времени. Так, она утверждает, что ее дочь на два года моложе ее, ее отцу 60 лет, хотя она самой себе только что дала тоже 60 лет; ее ребенку, 3 года и т. д. Она рассказывает, что она живет вместе с родителями, дедушкой и бабушкой, называет себя своим девичьим именем. Великий герцог зовется Леопольдом; монета, которую ей показывают — гульдены

[1] Больная через год умерла в другой больнице.

и крейцеры. Когда ее уговаривают, она вполне согласна в ближайшее время выйти замуж, думает, что какой-то мужчина по соседству вот-вот придет ее посмотреть. Также и в остальном она легко дает себя уговорить; соглашается, когда ей говорят, что вчера у нее были гости или что она ходила гулять, сама развивает дальнейшие подробности будто бы бывшего, знает кто именно был у нее, что ей принесли, куда она ходила гулять. Достойно, однако, внимания, что ее, несмотря на легкость, с которой она поддается уговорам, нельзя повести к бессмысленным ответам в другой области, кроме временной последовательности событий. Если ей говорят, что снег черен, то она возражает: “да, конечно, когда на него попадает копоть”. Кровь не черна, но все-таки темна. Вишни зелены. “Да, сначала, а потом они делаются красными”. Эти противоречия она, таким образом, хорошо воспринимает, часто даже с юмором. На вопрос, разве вор непорядочный человек, она отвечает, смеясь: “ну, об этом мы не будем говорить”, а когда я ей говорю, что она сама украла, она находчиво отвечает: “обыкновенно я этого не делаю, но мой глупый кашель я бы сейчас дала себе украсть”.

Особенно бросается в глаза у данной больной быстрота, с которой вызванные представления снова угасают. Она забывает все события через несколько минут, часто даже почти моментально. Врачу, который сделал ей впрыскивание, она тут же жалуется, что здесь была девушка, которая ее уколола. На место действительных воспоминаний при этом выступает свободный вымысел. Когда больная однажды завязала себе платком ногу, она рассказывала с небольшими промежутками сначала, что у нее развязался башмак, затем, что она сделала себе повязку, потому что, ей попало поленом по ноге, наконец, что врач наступил ей на ногу поэтому она должна была завязать ногу. При опытах с показыванием картин и предметов уже через 5 !Д впечатлений не удерживается, а через 30 она удерживала только */4 из них, после не оставалось ни одного. Что больная сама ощущала эту нестойкость своих представлений, видно из того, что она говорила: “я не знаю, я совсем больше не могу собраться со своими мыслями”.

Настроение больной в общем равнодушное, по временам сердитое, но нередко также веселое, со склонностью к шуткам. Она часто проявляет известное беспокойство, собирает свои вещи, хочет уходить к родителям, на свадьбу, уверяет, что у нее в одеяле ребенок, которого нужно крестить, делается грубой, когда ее хотят снова уложить в постель. Сон очень нарушен вследствие беспокойного состояния; ест больная достаточно и при некоторой помощи держит себя опрятно.

Наиболее выдающейся чертой описанной картины болезни является безусловно чрезвычайно сильное расстройство способности запоминания, которое далеко превосходит все, что мы наблюдали при всех до сих пор виденных формах болезни. Отдельные представления, вызываемые внутренними или внешними процессами, бледнеют столь быстро, что никак не может образоваться связная цепь воспоминаний. Я хочу еще прибавить, что судя по некоторым признакам, ясность впечатлений, по-видимому, достигается гораздо медленнее, чем у здоровых. Поэтому многие представления исчезают раньше, чем они успели достигнуть известной точности. Можно поэтому до некоторой степени понять, что из совместного действия этих двух расстройств, может развиться то состояние, которое представляет наша больная[1].

Уже самый возраст больной заставляет предполагать, что мы имеем здесь дело со старческим заболеванием. Известные явления, сопровождающие преклонные годы, неспособность воспринимать новые впечатления, удерживать их и перерабатывать вместе с постепенной утратой прежнего душевного багажа выступают здесь перед нами в болезненной форме. Рядом с расстройством запоминания сильно бросается в глаза еще потеря давно приобретенных общеизвестных представлений и высокая степень слабости суждения; к этому присоединяется полная неспособность больной исполнять свою повседневную обычную работу и беспокойство ночью. Все эти черты вместе образуют, в известном смысле, чистейшую форму старческого слабоумия, которую мы по примеру Wernicke называем “пресбиофренией”. В основе ее лежит, насколько мы теперь знаем, главным образом, распространенное исчезновение корковой ткани с жировым перерождением; в связи с этим наблюдается мелковолокнистое разращение глии. В противоположность этому сосуды могут остаться неизмененными; закупорки, кровоизлияния, размягчения, как правило, не наблюдается. Этому в клинической картине соответствует отсутствие очаговых явлений при сильнейшем общем поражении личности.

Однако, картина пресбиофрении в приведенных здесь очертаниях отнюдь не является обычной формой старческого слабоумия. Не только, конечно, наблюдаются, всевозможные степени расстройства запоминания и дезориентировка вплоть до старческих изменений, находящихся еще в пределах нормы, но часто примешиваются такие черты, которые напоминают наблюдения, сделанные нами у артериосклеротической больной. Это, конечно, легко объяснимо, если мы примем во внимание, что заболевания сосудов принадлежат почти к само собой понятным немощам старческого возраста.

75-ти летний старик, бывший старший надсмотрщик (случай 36), который сейчас вежливо приветствует нас, совершенно не ориентирован в месте своего нахождения, своем положении и во времени. Если мы обращаемся к нему с вопросом, он долго раздумывает, делает смущенные жесты руками, дергает себя за платье и затем дает ответы совершенно не впопад. Он думает, что он в Берлине; что касается дома, то он “еще ничего не узнал об его названии” На вопрос, что это трактир или школа, он отвечает колеблясь: “Школа — что-то в этом роде; трактир — это тоже; ведь это тот же дом, неправда ли, тот там снаружи и этот здесь”. Люди вокруг него — это “рабочие”; они в постели, “потому что они прежде всего устали от работы;

[1] Больная умерла через 3 года в другой больнице, причем постепенно становилась все более и более тупоумной.

эти люди, что делать, принуждены уже ее делать". Относительно назначения постелей он выражается так: "они, стало быть, сделаны для употребления; раньше у нас была школа из этого дома, а теперь мы имеем другую категорию". Врача он раз принимает за таможенного инспектора, а затем за оберконтролера; врача он еще здесь не видел. Годом своего рождения он вместо действительного 1840, называет "27" и прибавляет: "Тут я тоже, что то забыл это; это совсем вышло у меня из предмета, из этого предмета". Свой возраст он называет "73"; о том, какой теперь год, он говорит: "Мне кажется, я это тоже забыл, между прочим", и дает себя без дальнейших разговоров убедить, что теперь 1919 год. Какой теперь месяц, он тоже не может сказать, точно также, давно ли он у нас, хотя он попал к нам всего 3 дня тому назад. "Это мы еще не так давно в этом доме", возражает он, и на вопрос, есть ли уже год, как он здесь, он прибавляет: "Я думаю, это еще не столько лет". Время дня он тоже не уясняет себе, говорит теперь утром, что уже полдень, он "уже слегка ел".

Совершенно спутаны понятия больного о времени. Год, по его словам, имеет 100, месяц 12 дней, неделя, правда, 7; 12 недель составляют месяц; час делится на 12 лет. День имеет 12 часов, ночь 5—6. В качестве времен года он называет январь, февраль, март, апрель. Такие же ответы он дает тоже на вопросы, как давно длится война, как называются воюющие державы. О войне он почти ничего не может сказать: "Другие — это ведь злые люди", говорит он, "они очень дурные; они плохие люди по отношению к нам; с этими людьми плохо работать". — На вопрос, кто воюет, он говорит: "Сейчас я не могу этого вспомнить, трое, четверо; это еще тоже некоторые, которые раньше — теперь они опять начали". Он, однако, знает, что война 1870 года "была незначительна против теперешнего". Далее он знает, что он женат; "это вторая жена; первая умерла". Но он не может назвать ни имени жены, ни дня свадьбы; "это уже порядочно давно". Он также не знает дня смерти первой жены; "тут я был еще совсем маленьким", заявляет он, а на дальнейшие вопросы о его тогдашнем возрасте, говорит: "я думаю, 2 года". Число своих детей он знает; относительно их возраста он говорит: "Да, они уже довольно длинные".

Удивительно лишенные содержания, во многом беспомощные, ускользающие фразы больного, выраженные в обрывках слов, должны возбудить подозрение в существовании афазических расстройств. Если мы сначала исследуем его способность понимания речи, то из предыдущих разговоров уже выяснилось, что он понимает общий смысл обращенных к нему вопросов. В ответ на произнесенные слова он, большей частью, верно показывает соответствующие предметы. Точно также он без колебаний исполняет обращенные к нему простые требования подняться, снять пиджак, показать язык. При более сложных требованиях, однако, его понимание речи оказывается недостаточным. Он не понимает, когда его просят одновременно закрыть глаза и поднять ногу; ошибается, когда должен найти в коробке менее знакомые предметы, как-то веер, щетку для зубов, наперсток. Поражает также, что он без возражения принимает бессмысленные утверждения, что летом идет снег, что зимой очень тепло. Шуток он не понимает. Напротив того, жесты он понимает совершенно правильно, приходит, когда его поманят, хочет писать, когда ему подают перо. При чтении он большей частью делает ошибки: Stier вместо Tisch, Stock вместо rot, Masse вместо Messer; он также неправильно называет некоторые буквы. Иногда ему удается исправить свои ошибки; но он и тогда не в состоянии показать предметы, названия которых он прочитал; точно также он не исполняет письменно данных приказаний.

Речь больного, кроме указанных особенностей, не представляет на первый взгляд других расстройств. Повторять слова он может без затруднений. При назывании предметов, которое ему, большей частью, удается, он, однако, иногда оказывается несостоятельным. Топор это — "что-то вроде, как дровосеки в лесу", щипцы для орехов — "тоже вроде того, что идет для плотников" и т. п. О пушинке он говорит, "так что предмет, который убирают из комнаты; он, конечно, слишком мал", о воронке, "это снаружи, когда женщина берет воду, когда нужно совсем глубоко", о свечке — "это зажигалка, которой зажигают свет", о колокольчике — "тоже вещь; внизу у нее такая вещь есть, и сверху у нее также вещи, это тоже детям для игры". Эти выражения показывают, что больной, очевидно, знает значение предметов, но не в состоянии найти названия для них и вообще затрудняется выражать свои мысли словами. Он также не умеет назвать некоторых движений или действий, которые проделывают перед ним, как-то плавание, хлопание в ладоши, звонить, лаять, в других случаях это ему удается. С вещами он обращается частью, правильно, частью неправильно. В иголку он вдевает нитку, звонит колокольчиком, зажигает свечку, но со столовым ножем обращается как с ложкой, не умеет обходиться с гребнем и щеткой. При рисовании, срисовывании и списывании он, большей частью, воспроизводит бессмысленные каракули; но он зато в состоянии написать свое имя и под диктовку воспроизвести фразу: "сегодня идет дождь", правда только с повторением первого и последнего слова. Когда от него требуют написать место своего рождения, то получается только непонятный ряд букв.

Из этих наблюдений можно вывести, что больной обнаруживает значительное расстройство восприятия и понимания произносимых и написанных слов, далее зутруднение в нахождении слов, в обращении с предметами и в письме, что мы обыкновенно называем афазией, апраксией, аграфией и что наблюдается в очень выраженном виде при известных очаговых поражениях мозговой коры. Однако, эти выпадения не полные, а касаются во многих случаях только наиболее сложных действий, в то время как способность к более обыкновенным остается сносной; но в конце концов они распространяются на всю область восприятий и деятельности. Это наблюдение, по-видимому, надо толковать так, что мы имеем дело не с отдельными большими мозговыми очагами, а со многими маленькими разрушениями, которые поражают

различные способности только до известной степени, не разрушая ни одной из них окончательно.

При соматическом исследовании этого слабого тщедушного старика, мы кроме неправильной деятельности сердца, грубого дрожания растопыренных пальцев и повышенной чувствительности к надавливанию нервных стволов, как она часто наблюдается в преклонном возрасте, находим еще также несомненное повышение кровяного давления, которое по методу Recklinghausen'a выражается в 90 к 220 см воды. Вассермановская реакция в крови отсутствует. Из анамнеза надо упомянуть, что больной пил умеренно и изменился за последние два года. Он выражал идеи ревности, искал под кроватью и с палкой подстерегал за входной дверью соперника; ему казалось, что он ночью его видит. В последние месяцы он совершал различные несообразности оставил открытым кран от газа, разбил несколько часов, переворачивал вверх дном вещи и целыми днями шатался по улицам, так что пришлось привести его к нам.

Этот ход развития болезни, расстройство запоминания и слабость суждения больного соответствуют с самого начала картине старческого слабоумия. Но с другой стороны, мы видим здесь ряд черт, которые указывают на очаговые выпадения. Вместе с тем нерегулярный пульс и повышенное кровяное давление говорят о наличности артериосклеротических изменений, но об ударах и параличах нам ничего неизвестно. Мы, таким образом, можем думать, что здесь имеются обширные заболевания мелких сосудов мозга, которые не повели к грубым размягчениям, а лишь к многочисленным очагам запустения мозговой коры, как они описаны Alzheimer'ом в качестве основы подобных клинических картин рядом с этим, вероятно, имеется еще и старческое перерождение нервной ткани. Подобное сочетание встречается необыкновенно часто. Само собою разумеется, что мы имеем здесь дело с состояниями, которые более не поддаются лечению[1].

XIII лекция

Душевное расстройство после травм головы

Травмы головы нередко отмечаются в анамнезе наших больных и им приписывается обыкновенно важная роль причинного момента в происхождении душевного расстройства. Нет сомнения, что такого рода причинная связь часто устанавливается слишком произвольно, особенно если между несчастным случаем и постепенно развившейся душевной болезнью проходит довольно значительный срок. К сожалению, о действительных причинах помешательств мы знаем в общем слишком мало и приходится поэтому с особенной осторожностью относится к тому, чтобы на основании одной лишь шаткой хронологической последовательности без дальних рассуждений заключать о существовании внутренней причинной зависимости. Мы в праве предполагать такую зависимость лишь в тех случаях, где душевное расстройство непосредственно следует за травмой, в особенности же тогда, когда клинические особенности данного случая вполне соответствуют тому, что мы научились подмечать в других совершенно несомненных наблюдениях. Тому и другому из указанных условий удовлетворяет на мой взгляд случай 44-х летнего жестяных дел мастера (случай 37), неделю как переведенного к нам из хирургической клиники. Больной 3 недели тому назад около полуночи вышел из дому, чтобы принести воды, подскользнулся на лестнице и полетел вниз. Его нашли в бессознательном состоянии и лишь на следующее утро он постепенно пришел в себя. Из правого слухового прохода вытекало немного крови. В полдень у больного была несколько раз рвота и при этом всякий раз выделялось около столовой ложки крови. Из анамнеза следует только отметить, что больной с давних лет временами довольно сильно пил, но не мог переносить много алкоголя, становился тогда раздражительным, часто бил свою жену. В хирургической клинике, куда больной был прежде всего доставлен, обнаружена над правой теменной костью ушибленная рана величиною в 3-х марковую монету, с припухлостью и кровоподтеком в окружающих частях. На правой ушной раковине была значительная ссадина. Вся правая половина головы вплоть до сосцевидного отростка очень болезненна. В правом слуховом проходе оказался небольшой кровяной сгусток. Область 3-го и с 4-го ребра слева была болезненна. Каких-либо расстройств, которые указывали бы на ограниченное повреждение головного мозга, нельзя было отметить. Больной находился в то время в состоянии некоторого возбуждения, которое сильно затрудняло; подробное исследование. Он очень неясно ориентировался во времени, совершенно не помнил обстоятельств, сопровождавших его падение с лестницы, и событий, следовавших за этим моментом, не имел никакого представления о тяжести своего состояния, требовал, чтобы его отпустили домой, так как он должен работать, хотел иметь свое платье, оказывал противодействие всякому терапевтическому вмешательству, срывал повязку, соскакивал ночью с кровати. Рана скоро зажила, исчезла также спустя некоторое время и болезненность, но у больного продолжалось беспокойное состояние с неясным сознанием. Он рассказывал о полученных им письмах, не имел никакого понятия о том, как давно находится в клинике, и в заключение однажды вечером в рубашке и в туфлях выбежал, чтобы спрятаться в соседнем новом здании, так как его шурин будто бы сообщил, что ожидает его в своем экипаже. По поводу этого инцидента больной и был переведен к нам.

---

[1] Больной умер 4 месяца спустя от слабости сердца.

Вы видите перед собой мужчину несколько истощенного, бледного. Он понимает предлагаемые ему вопросы, хотя и обнаруживает несколько недостаточную сознательность. Он знает, где находится, знает врачей, хорошо помнит события последних дней. Вместе с тем, однако, ориентировка его во времени очень неясная. Даже когда его обучают в этом направлении, он очень скоро опять забывает эти уроки. С другой стороны, он рассказывает о том, чего в действительности не было, будто вчера у него были посетители, будто бы жена обещала сегодня взять его домой.

Арифметические задачи, разрешаемые с помощью таблицы умножения, он делает правильно, но легко ошибается, как только приходится при этом соображать и запоминать числа. Обращает особенное внимание тот факт, что больной почти ничего помнит о своем пребывании в хирургической клинике, особенно же о своем падении. Он дает одно за другим различные, совершенно вымышленные описания своего приключения. То говорит, что упал на фабрике в 3 часа дня, то вскоре же после этого рассказывает, что спрыгнул с 3-го этажа на железную платформу, чтобы не опоздать на поезд. При более подробном расспросе он прикрашивает эти вымыслы разного рода деталями, очевидно убежденный, что передает действительно пережитые факты. Правда, при этом все его показания носят характер своеобразной неопределенности и расплывчатости. Сознания болезни у него совсем нет. Он безрассудно стремится выйти из клиники, так как ему будто бы непременно нужно быть на работе. Он потеряет свое место, если не явится; подумают, что он уклоняется от работы. Его настроение несколько плаксивое, но без глубоких эмоциональных переживаний. К факту своего пребывания в психиатрической клинике относится совершенно равнодушно, мало принимает участия в окружающей его жизни.

Физическое исследование больного обнаруживает еще свежий, не сросшийся с костью рубец на краю правой части затылочной кости, далее несколько меньших на виске и на левой темянной кости. Череп асимметричен. Черты лица несколько вялы. Каких-либо нервных расстройств, которые указывали бы на очаговое заболевание, не обнаруживается. Коленные рефлексы довольно живые. Повышенная механическая мышечная возбудимость. Так как слух оказался пониженным, в особенности на левое ухо, то произведено также более подробное исследование ушей. При этом обнаружена возможность двухстороннего заболевания лабиринта, которое по мнению специалистов, не может быть все же поставлено в связь с перенесенной травмой.

Во время различных физических исследований больной проявлял ясно выраженную утомляемость.

Душевное расстройство, которое в настоящем случае непосредственно следует за бессознательным состоянием после падения, выражается, главным образом, затруднением восприятия впечатлений и мышления, пробелами памяти относительно ушиба, значительным расстройством способности запоминания и, наконец, образованием ложных воспоминаний взамен действительных. При этом особенно поражает отсутствие сознания болезни. Я полагаю, что указанные симптомы, с которыми мы встретимся позднее при Корсаковском психозе, мы вправе рассматривать с значительной долей вероятности как характерные для душевного расстройства, после тяжелого мозгового сотрясения, так что, следовательно, и самая клиническая картина должна говорить за причинную зависимость между травмой и душевным расстройством. Такая картина очень часто наблюдалась за время войны, особенно после сотрясения от действия гранат. Так как подобные заболевания через некоторое время снова исчезают без заметного остатка, то, очевидно, здесь дело касается таких изменений в мозговой коре, которые способны к обратному развитию, а именно: мелких кровоизлияний, разрывов, может быть также более тонких нарушений в строении нервной ткани. В нашем случае в виду отсутствия очаговых явлений и лихорадки мы можем надеяться на постепенное сглаживание существующих в настоящее время болезненных явлений[1].

Как естественно было ожидать, современная великая война дала нам громадное число случаев всякого рода травматических повреждений головы. Один из обыденных случаев такой травмы представляет 24-х летний работник (случай 38), который доставлен к нам со своей родины вследствие того, что, находясь в состоянии патологической раздражительности, набросился с ножом на работавшую рядом с ним служанку и жестоко избил скотину. При исследовании обращают внимание два свежих рубца на черепе. Один находится в верхней части правой височной кости. Под ним ощущается дефект кости около 1 см в диаметре. Другой расположен повыше левого бугра височной кости, сращен с подлежащей костью и при сильном надавливании несколько болезнен. Здесь мы имеем дело со сквозным ранением мозга по направлению справа, которое произошло почти год тому назад. Больной был тогда по его показанию в течение 5-х дней без сознания. Его левая нога была парализована в продолжении 1 недели, рука несколько больший срок. Существовало также затруднение речи. Из раны было удалено несколько костных осколков. Образовавшееся отверстие с пульсирующим мозгом было закрыто 4 месяца спустя с помощью костной пластинки. Больной много страдал головными болями и обмороками.

Через 5 месяцев после ранения у больного во время обеда внезапно случился эпилептический припадок, за которым непосредственно последовал 2-ой. Больной терял сознание, вскрикивал, падал и бился в судорогах. Подобный же припадок повторился через 3 недели, потом спустя 1/4 года, когда больной начал работать у себя на родине. С тех пор припадки повторялись каждые 10 дней. У нас наблюдалось 2 припадка,

[1] Больной после 4-х недельного пребывания был выписан из клиники еще с некоторой тугостью мышления при отсутствии воспоминания о несчастном случае, но вместе с тем с совершенно ясным сознанием. Спустя 10 лет он умер душевно здоровым, жаловался лишь часто на головные боли.

которые совершенно сходны с судорожными припадками эпилептиков. Больной кроме того сам отмечает, что его память ослабела и что он теперь уже не такой веселый, как прежде, особенно после припадков; также он легко приходит в состояние гнева. На вопрос о привычном употреблении напитков он сообщает, что выпивает в среднем ½ литра пива, по воскресеньям несколько литров. В школе учился хорошо. Наследственного отягощения, по-видимому, не существует.

При исследовании у больного обнаруживается небольшой остаток левосторонней гемиплегии. Сила левой руки понижена. Измерение динамометром дает справа 95, слева 60 kg. Левый угол рта стоит несколько ниже. Язык немного отклоняется влево. Левый глаз может закрываться только одновременно с правым. Коленный рефлекс слева кажется живее. Кожная чувствительность на левой стороне тупее, чем на правой. Левой рукой мелкие предметы различает хуже. Вассермановская реакция в крови больного дала отрицательный результат.

Больной правильно воспринимает обращаемое к нему вопросы и отвечает на них осмысленно. Он ясно ориентируется во времени и месте, как равно и в своем положении. Обращает, однако, внимание тупость и бессодержательность в выражении его лица, а в поведении отсутствие живости и интереса. Он мало занят окружающей обстановкой, почти не вступает в разговор с товарищами, не имеет никаких планов на будущее, больным себя не считает. При быстром выполнении простых вычислений делает довольно много ошибок, но если дать ему известный срок, он может предложенные задачи понять и решить правильно. Для выяснения круга его представлений мы проделали с ним ассоциативный эксперимент. При этом оказалось, что половина ответов занимала 3 или более секунды, продолжались следовательно очень долго. По содержанию они были крайне скудны вроде следующих: “много — это больше, чем мало”, “лестница (Treppe) — это лестница (Stiege)”, “Бабочка — птица”, “Решение (Entschluss) — заключение (Schluss)”. Всякий раз обнаруживается склонность к построению предложений и образованию понятий по способу обычно свойственному некультурным людям: “разлучать (Scheiden) — люди часто имеют дело с разлукой”, “Весело — на танцах с музыкой весело”, “9 — это число”, “hallo — это слово”. Невозможно, конечно, судить, в какой мере существовали эти особенности до ранения и чем они обусловлены.

Во всяком случае мы в праве предполагать, что тяжелое повреждение мозга, которое здесь констатировано, не могло остаться без влияния на душевную жизнь больного. Правда, раньше были склонны считать поражения так называемых “немых” областей мозга за относительно безобидные по сравнению с ясно выраженными явлениями выпадения, которые происходят от поранения других частей. Как бы ни была, однако, развита способность выравнивания и замещения в мозгу, все же значительная потеря мозгового вещества в коре безусловно должна повлечь за собой известный ущерб функциональной деятельности. Здесь могут найти свое объяснение тугоподвижность, скудость мысли и безразличие больного так же, как отмечаемые им самим ослабление памяти и повышенная раздражительность. Такое предположение основывается на опытных данных, доказывающих, что подобного рода изменения вообще наблюдаются часто после тяжелых повреждений и сотрясений мозга. Золя в своих известных художественных описаниях в “Западне”, очевидно, исходил из наблюдений такого же характера. Очень часто наблюдается в этих случаях повышенная чувствительность к алкоголю. Расстройства эти по существу нужно считать затяжными.

Помимо общих изменений всей психической личности, которые сказываются более в повседневном общении с больным, чем при врачебном исследовании, о тяжелом повреждении, полученном нашим больным, свидетельствуют также следы половинного паралича и эпилептиформные припадки. Эти болезненные симптомы, очевидно, указывают на локализацию поражения около двигательных центров. Поэтому мы должны поставить вопрос, не существует ли в месте ранения близь этих центров источника раздражения, который вызывает припадки. Именно таким образом могло бы быть истолковано указание больного, что там были удалены костные осколки. Довольно часто при таком раздроблении черепных костей под твердую оболочку продвигаются мелкие осколки, которые внедряются в мозговую массу и вызывают длительное раздражение соответствующей области коры. Нужно поэтому ожидать, что путем удаления таких осколков удастся устранить судорожные явления или по крайней мере значительно их ослабить. Но, конечно, нельзя возлагать на это слишком больших надежд. Даже когда удается удалить кусочки кости, все-таки успех во многих случаях получается только временный, — потому ли, что действительную причину судорог представляют не самые осколки, а образовавшиеся в ткани рубцы, или же потому, что при этом развивается, как говорят, уже более общее “эпилептическое изменение”, которое продолжает оставаться и по устранении первоначального источника раздражения. Тем не менее, конечно, всегда в таких случаях необходимо сделать попытку помочь больному путем оперативного вмешательства. Сначала мы произвели точный рентгеновский снимок области ранения. При этом действительно оказалось, что там видим мы 3 тени от костных осколков, из которых две лежат на нижнем и одна на верхнем крае. Поэтому мы будем настойчиво рекомендовать больному удалить осколки. При этом одновременно может быть закрыто существующее до сих пор отверстие в черепе, которое естественно всегда представляет для больного значительную опасность[1].

[1] Операция вскоре после этого была произведена. Кожные лоскуты оказались сросшимися с твердой оболочкой. При открытии черепной полости мозг отодвинули. Удален был прилежавший к мозгу кусочек кости длинною от 1 до 11/2 ct, составленный из 3-х частей. Отверстие было закрыто с помощью приставленных кусочков надкостницы. Кроме

Совершенно иначе, чем болезнь разобранного военного инвалида, нужно рассматривать заболевание 44-х летнего фабричного рабочего (случай 39), который 3 года тому назад получил травму головы и доставлен к нам теперь для экспертизы. Отброшенная круговой пилой ножка стула ударила тогда его по голове и причинила ушибленную рану на левом внутреннем краю глаза и на той же стороне носа, где еще теперь виден тонкий рубец длиной около 3-х ctm. не сросшийся с подлежащими тканями. По показанию жены больного он был сначала без сознания, а в ближайшие после того дни находился в состоянии некоторого оглушения, был “как пьяный”; через несколько недель он начал было работать, хотя жена и советовала ему поберечься.

Очевидно, однако, этот первый опыт его был не продолжителен и только год спустя он получил работу, которую мог исполнять с большими перерывами и за ничтожное вознаграждение. За последние 1—2 года он оставался почти совсем без дела. Больной привык выпивать ежедневно 2 литра пива. Наследственное отягощение, по-видимому, отсутствует.

Довольно скоро после несчастного случая у больного появились разного рода жалобы, постепенно все более и более нараставшие, на головные боли, на головокружение, слабость памяти, чувствительность к давлению в месте травмы, жужжание и треск в ушах, искры перед глазами, сердцебиение при напряжении, а также расстройство зрения.

Жена его сообщает, что он стал ко всему равнодушен и больше ни к чему не пригоден. Он перестал заботиться о семье, сделался раздражительным и крайне чувствительным к шуму, по малейшему поводу начинает швыряться вещами. Нигде не находит себе покоя, бесцельно бродит, суетится, часто ведет разговор такого рода, как бы он находится при работе, говорит о том, что кто-то стоит на дворе и бранит его.

Такое состояние больного послужило поводом к возбуждению процесса о получении ренты, при чем он претендовал с самого начала на полную ренту, так как не мог будто бы исполнять больше никакой работы, но ему присудили только половину. В течение года последовало не менее 10-ти врачебных экспертиз, в которых оценка потери трудоспособности колебалась от 10 до 75%. Против каждого состоявшегося заключения больной использовал предоставлявшееся ему право протеста, благодаря чему всякий раз создавалась необходимость производить новые исследования.

Обращаясь теперь к самому больному, мы видим, что он понимает предлагаемые ему вопросы; во времени и месте ясно ориентируется. Правда, у него наблюдается при этом состояние своеобразной рассеянности: при своих ответах он осматривается кругом, как бы что-то ищет, и проделывает пальцами разного рода движения, обнаруживающие замешательство. Мелкие рассказы он читает правильно, но из содержания прочитанного передает крайне скудные сведения, при этом опирается головой на руки и делает довольно продолжительные усилия, чтобы с заминками произнести несколько отрывочных предложений. Правильно он решает только простейшие арифметические задачи. Уже вычитание (48—29) представляется для него слишком трудным. Ему кажется что голова его в это время сильно кружится. Часто затрудняется ответом на самые обыкновенные вопросы, жалуется при этом, что ему “не приходят в голову мысли”. Так, он должен был долгое время соображать о возрасте своих детей. При более настойчивых расспросах несколько оживляется. Когда же начинает излагать свои жалобы, то приходит в состояние некоторого возбуждения. Жалуется, что он сильно страдает от головной боли. Когда ходит резкою поступью или когда его кто-нибудь сильно бранит, в голове его начинает колоть, как будто бы она делится на части. Вверху на темени череп, должно быть, имеет совсем мало скрепов. Кажется, как будто там разрываются связующие нити. Голове часто бывает то тяжело, то совсем легко.

При наклонении у него является головокружение и он падает по направлению кпереди. Все тело его утомлено и легко устает. “Я не знаю, что это за чувство, но это чаще всего бывает при перемене погоды, и я совсем мало сплю тогда по ночам. Вчера я получил колющий удар в голову. Это ощущение проникало насквозь так, как будто кто-то пробивал мне голову”. Работать он не может в особенности летом, так как “голова — стало быть — в голове чего-то не хватает и тогда все у меня идет вверх дном. Должно бы все происходить аккуратно — иначе это называется искромсать все и испортить. Я должен видеть, что иду далее, а иначе я не могу поступать, так как голова — там, там внутри не хватает — и тогда у меня дело идет как попало. Почему это так — я даже не знаю”. На замечание, что он, может быть, не получит никакой ренты, больной заявляет: “я, ничего не могу поделать, мы тогда должны будем умереть с голоду — ничего другого не остается. Если бы со мной ничего не случилось, тогда я в этом не нуждался бы. Я зарабатывал такие хорошие деньги, а теперь конец”. Его тон при этом плаксивый и он начинает даже всхлипывать, но легко успокаивается.

При физическом исследовании больной представляется бледным, плохо упитанным мужчиной со слабо развитой мускулатурой. На руках имеются умеренно выраженные рабочие мозоли. Левая половина черепа при поколачивании чувствительна, поле зрения слева несколько сужено. При стоянии с закрытыми глазами наблюдается легкое пошатывание. Измерение динамометром обнаруживает значительное понижение силы с той и другой стороны. Движения неловки, особенно когда на них направлено внимание. Пульс 88, после 6-ти приседаний повышается до 96-ти. Коленные рефлексы живые.

В описанной клинической картине на первом плане выступает неспособность к работе, стоящая в связи с

незначительного повышения t'' и скоро миновавшего нареза нижней ветви левого facialis, последовало выздоровление без всяких расстройств. Больной теперь уже около 6-ти месяцев как не имеет припадков.

резко выраженным чувством болезни и с яркими нервными жалобами. Уже самая незначительность повреждения, послужившего причиной заболевания, и отсутствие каких-либо очаговых явлений заставляет предполагать, что причина расстройств лежит здесь не в грубых мозговых повреждениях. Здесь имеем дело скорее всего с психическим страданием, единственной причиной которого, как мы теперь убедились, нужно считать влияние нашего законодательства о ренте. Благодаря тому обстоятельству, что вознаграждается именно потеря трудоспособности, возобновление же работы как бы наказывается лишением ренты, у слабовольных личностей после несчастных случаев развивается в очень значительной степени чувство естественного противодействия, которое всякий раз затрудняет возврат к работе после долгого перерыва. Таким путем и развиваются имеющиеся здесь на лицо ипохондрические думы и появляются новые болезненные симптомы, которые в основе своей имеют возрастающее нерасположение к напряжению волевой энергии и связанной с этим потере ренты. Благоприятствует такому развитию с одной стороны старательное содействие врача, который рекомендует больному крайнюю осторожность, надеясь этим вернее обеспечить так называемое восстановление работоспособности, с другой стороны влияние близких, особенно жены, желающих использовать несчастный случай, как средство к легкому обеспечению. Многократные экспертизы и самое ведение процесса о ренте легко влекут за собой постоянное сосредоточение внимания на страдании и тем создают условия для его полной неизлечимости. Особенно легко это происходит у лиц слабовольных от природы или потерпевших известное нарушение волевой сферы благодаря злоупотреблению алкоголем, пожилому возрасту, артериосклерозу или другим такого же рода неблагоприятным воздействиям.

Правильность такого понимания картины болезни, которую мы благодаря Oppenheim'у научились распознавать под именем травматического невроза, находит себе подтверждение в том факте, что картина эта развивается только там, где играет роль вопрос о вознаграждении или другие подобного рода влияния, и продолжает существовать тоже до тех лишь пор, пока эти влияния не будут окончательно устранены. Самые тяжелые случаи не влекут за собой травматического невроза, если пострадавший не заявляет претензий на вознаграждение, а имеющееся уже на лицо страдание обыкновенно быстро идет на улучшение, как только состоится окончательное решение относительно существующих претензий хотя бы даже в смысле полного отказа.

На основании подобного рода наблюдений можно составить представление и о шансах на излечение и об основах терапии для такого рода больных. Пока больной надеется на успех в получении ренты чаще всего продолжается и его нежелание снова начать напряженную работу, так что при известных обстоятельствах излечение становится невозможным. Лучше всего поэтому больных поскорее опять направлять на работу, назначить им с самого начала во всяком случае невысокую ренту, как менее затрагивающую эмоциональную сферу и быть возможно более осторожными с последующими экспертизами, оказывающими свое неблагоприятное влияние. Там, где возможно, следует добиваться удовлетворения единовременной выдачей, что допустимо впрочем в настоящее время лишь при ренте до 15%.

С точки зрения изложенного здесь взгляда легко понять, почему больные стремятся постоянно возвращаться к своему страданию и даже симулировать болезненные явления, чтобы как-нибудь избежать столь неприятной им необходимости вернуться к работе. В слабости их воли, которая позволяет им браться за всякое средство для указанной цели, хотя бы пришлось при этом впасть в бедственное существование, и заключается сущность данного страдания. Эта черта выступает особенно ясно при психологических экспериментах с непрерывным складыванием ряда однозначных чисел, каковые и были проделаны у нашего больного. При этом обнаруживается, что благодаря отсутствию всякого волевого напряжения успешность стоит обычно на крайне низкой степени и благодаря этому исчезают как влияния усталости и отдыха, так и колебания, которые у здоровых лиц обусловливаются меняющимися соответственно условиям опыта волевыми импульсами. Таким образом эксперимент в данном случае не только обогащает клиническую картину, но и дает нам возможность отличить сознательное притворство от тех волевых задержек эмоционального происхождения, которые характерны для травматического невроза.

XIV лекция

Хронический алкоголизм

Только в сравнительно небольшом числе случаев в области клинической психиатрии мы в состоянии составить сколько-нибудь определеннее представление о причинах болезненных явлений. Еще реже можем мы дать себе ясный отчет о том, каким именно образом эти причины действуют. К этой конечной цели клинического исследования мы, естественно, подходим ближе всего при отравлениях, в особенности при тех, которые очень часто встречаются нам в повседневной практике. Мы знаем, что острое алкогольное отравление вызывает легко уловимые изменения в мозговой коре и что эти изменения при состоянии опьянения выражаются затрудненностью усвоения восприятий, общим понижением процесса мышления и, наконец, усилением психомоторной возбудимости наряду с уменьшением мускульной силы и расстройством способности более тонкого управления движениями. Одновременно появляется веселое,

приподнятое, а позднее раздражительное настроение. Таким образом создается клиническая картина, заключающая в себе черты частию мании, частию прогрессивного паралича. Когда я имел однажды случай представить в клинике взятых прямо с улицы опьяневших, то получилось именно впечатление того или другого из указанных заболеваний. Путем эксперимента доказано, что прием 80 — 100 грамм алкоголя, что соответствует 2—21/г литра пива, может оказывать действие в течение 24—48 часов и что при регулярном повторении такой дозы до исчезновения влияния предыдущей уже через несколько дней является состояние длительного понижения работоспособности в различных сферах психической деятельности, которое даже после того, как прекращено дальнейшее введение яда, исчезает лишь весьма постепенно. Факты эти важны для нас в том отношении, что до известной степени уясняют начальный стадий того душевного расстройства, которое мы называем хроническим алкоголизмом.

Когда вы начнете исследовать 33-летнего купца, (случай 40), добровольно поступившего в нашу клинику несколько дней тому назад, то едва ли в нем заметите какие-либо признаки болезни. Он совершенно рассудителен, ясно ориентируется, толково рассказывает о всех обстоятельствах своей жизни. Черты лица его несколько вялы, лицо одутловато. Сухожильные и кожные рефлексы очень живые. В вытянутых пальцах наблюдается мелкое дрожание. Небные дужки и зев представляются сильно покрасневшими. Язык немного обложен.

Как на повод к своему поступлению в клинику, больной указывает на то, что он в последнее время сильно пил. Он хорошо учился, но уже с 16-ти летнего возраста, заражаясь примером пьющего отца, стал довольно регулярно пить пиво, и эта склонность с некоторыми колебаниями постепенно возрастала в нем все сильнее и сильнее. Женитьба на 26-м году жизни повлекла за собой временное улучшение. Но потом положение снова ухудшилось и он почти целыми днями находился в известной степени опьянения. В этом состоянии он делался раздражительным, при всяком ничтожном поводе бранился площадными словами, стал легкомысленным и небрежным в своей работе, ел дома очень мало. Добродушный и мягкий по натуре больной под влиянием уговоров жены согласился поступить к нам и оставался в клинике почти 4 месяца, причем все эти расстройства быстро исчезли. Мы настойчиво рекомендовали ему постоянное и безусловное воздержание от алкоголя и он следовал этому совету в течение 11/2 лет- Работоспособность его при этом сильно возросла, так что он зарабатывал много больше прежнего. Но особенно радовалась жена перемене характера больного. Он стал веселым, любезным и очень скромным.

Всего 4 месяца, как больной стал опять пить, по его словам из простого любопытства, чтобы узнать, может ли о” теперь хорошо переносить алкоголь. Пример товарищей пробуждал в нем желание то в одном, то в другом месте выпить по стаканчику, чтобы от них не отставать. Сначала он соблюдал умеренность, но очень скоро не мог более себя сдерживать. “Как выпьешь один стаканчик, тотчас приходишь в состояние гнева и возбуждения и тогда продолжаешь пить без конца, сам не зная как”. За последние недели он пил очень сильно, большей частью шампанское, естественно запустил при этом свою работу и когда понял, что не в силах более совладать с собою, опять попросил, принять его в клинику.

Во время этого рассказа бросается в глаза своеобразно-юмористическое настроение, с которым больной описывает свои переживания. Так, по его словам, он пил уже с самого дня рождения, этому будто бы прежде всего научается каждый человек. Он старается также представить свое пьянство в более облагороженном виде, хотя сам же ясно сознает шаткость своего положения. Обе эти черты характерны для алкоголиков. Они обусловливаются влиянием алкоголя на эмоциональную сферу, которое приводит к тому, что человек начинает легко относиться к серьезным вещам, ни о чем не заботится и игнорирует чувство личной ответственности. Вы никогда не встретите ни одного пьяницы, который стал бы обвинять самого себя в пьянстве пока, он находится под влиянием яда. Виноватыми оказываются всякий раз то особенные обстоятельства, то профессия и тяжелая работа, то товарищи и в особенности жена. Признание собственной бесхарактерности и неустойчивости, заключающееся в этих отговорках, на самом деле слишком хорошо объясняется слабостью воли, которая развивается у всех пьяниц. То, что работоспособность нашего больного также потерпела значительный ущерб, объясняется отчасти уже непосредственным влиянием отдельных приемов алкоголя, вводимых в организм через короткие промежутки времени. Однако, путем опыта удалось доказать, что даже теперь, спустя 14 дней после совершенного прекращения приема алкоголя, существует еще столь значительное и измеримое расстройство усвоения восприятий, что больной при простом списывании делает поразительно много ошибок и очень легко забывает усвоенное. Расстройства эти в картине хронического алкоголизма представляют весьма обычное явление. Благодаря пониженной работоспособности, которая стоит в связи с отсутствием выдержки, каждый пьяница испытывает особенные затруднения в своих занятиях и в силу этого у него является потребность прибегать к возбуждению с помощью алкоголя.

Только что изложенная перед вами биография больного, обрисовывает самый обычный ход вещей в многочисленных случаях хронического алкоголизма: соблазн в юности, благодаря нашим нетрезвым привычкам, постепенное усиление склонности к алкоголю у добродушного, несколько слабовольного человека, моральное падение и экономический упадок, благие намерения, всякий раз оканчивающиеся крушением при встрече с искушением, быстрое улучшение общего состояния при условиях полного воздержания. Без сомнения, однако, слабость воли, вызванная действием яда, у алкоголика держится очень долго. Во всяком случае опасность случайных рецидивов крайне велика. Прежде всего употребление алкоголя, даже в небольших количествах, само по себе быстро ослабляет способность противодействия

соблазну. Ведь нам хорошо известно, что никто не садится за стол с тем, чтобы напиться пьяным и что только под влиянием первых стаканов начинает теряться все более и более способность самообладания совершенно так, как это описывает наш больной.

Поэтому мы должны стремиться к тому, чтобы довести каждого алкоголика до полного воздержания, если желаем иметь прочный успех. Даже и в таких случаях нередко бывают разочарования. Все же в S - 2/3 случаев, где своевременно были приняты меры, удается достичь стойкого выздоровления алкоголиков. При этом во всех сколько-нибудь тяжелых случаях нельзя обойтись без больничного лечения, так как ослабленная, воля алкоголика в обычных жизненных условиях подвергается таким большим соблазнам, которым он не может противостоять собственными силами. К сожалению в настоящее время мы располагаем только немногими приютами для алкоголиков, так что в большинстве случаев приходится содержать их в психиатрических учреждениях. Это обстоятельство, конечно, крайне затрудняет своевременное принятие необходимых мер, от чего зависит весь успех дела. Чаще всего алкоголики только тогда попадают в условия правильного лечения, когда становятся опасными для окружающих и следовательно представляют уже самые тяжелые формы алкоголизма. В нашем случае предсказание нельзя считать неблагоприятным, так как больной обнаруживает ясно выраженное сознание беспомощности своего положения и оба раза являлся в клинику по собственному побуждению. Наступивший рецидив, должен теперь его самого привести к ясному убеждению в том, что только строгое соблюдение абсолютного воздержания может его спасти на долгое время. Мы в праве поэтому надеяться, что нам удастся не только вылечить его на этот раз, но сохранить здоровым также и на будущее время[1].

Гораздо менее благоприятное положение 34-х летнего железнодорожного токаря (случай 41), который доставлен к нам из общей больницы несколько дней тому назад. В больницу он попал по поводу нарушения общественной тишины и спокойствия, выразившегося в том, что он насильно ворвался в квартиру своей тещи через разбитую им стеклянную дверь. Больной совершенно спокоен, сознателен, во времени и месте ориентируется, ведет связный рассказ о своей жизни. Его школьные познания очень умеренны. Будучи хорошо ориентирован относительно того, что происходит в непосредственно окружающей его обстановке, он дает крайне неудовлетворительные ответы на вопросы несколько более общего характера из области географии, истории, политики или религии. Относительно последнего инцидента больной рассказывает, что уже несколько времени тому назад он стал подозревать свою жену в неверности. Хотя он с положительностью этого не может доказать, так как целые дни не бывает дома, однако 3 месяца тому назад он заметил, что после совокупления у него появилось чувство жжения, показавшееся ему подозрительным. Правда, врач, с которым он советовался по этому поводу, объяснил ему, что причиной этого явления была существовавшая уже 4 месяца беременность его жены. Но вот, 14 дней тому назад, придя домой, он нашел диван в беспорядке и из этого заключил, что жена в его отсутствие имела дело с другим мужчиной; по поводу этого он устроил ей бурную сцену. Когда вечером он вернулся домой, жены его там не оказалось, она была в квартире своей матери. Так как она не хотела с ним возвратиться, то он поднял шум и при этом “нечаянно” разбил стекла в двери.

Этот рассказ уже с самого начала должен нам внушить подозрение, что мы имеем дело с бредом ревности. Конечно, такое предположение всегда требует большой осторожности. Но что нам здесь говорит за патологическое происхождение идеи ревности — это неопределенность показаний и крайне недостаточная обоснованность подозрения. Так как приведенные больным наблюдения, очевидно, ровно ничего не доказывают, то его ревность, следовательно, имеет в основе своего происхождения не фактический опыт, а напротив того факты, сами по себе ничего не говорящие, получили у него свое определенное толкование лишь благодаря ревности, зародившейся вследствие других патологических причин. Бред супружеской неверности сам по себе не имеет ничего патогномоничного для определенной болезни. Он может развиться при самых различных душевных расстройствах, но особенно часто встречается при хроническом алкоголизме. Однако, больной на вопрос относительно этого пункта отвечает, что он почти никогда не напивался до опьянения, а выпивал “свою порцию”. Большею частью он выпивал за день 3—4 бутылки пива, иногда, конечно, еще один, другой стакан, но водки никогда не употреблял. У него так много было работы, что дома он совсем ничего не мог есть.

Мы жестоко ошиблись бы, если бы на основании таких показаний сразу решили бы отказаться от предположения о хроническом алкоголизме у нашего больного. Уже последнее заявление о недостаточном приеме пищи очень подозрительно, так как обыкновенно самой частой причиной такого расстройства является именно злоупотребление алкоголем. К тому же указанные больным количества алкоголя сами по себе довольно значительны, если принять во внимание, что при существующей у алкоголиков склонности хвастаться своими способностями в деле выпивки, одновременно наблюдается у них тенденция представить в возможно меньшем размере количество регулярно употребляемого алкоголя. Если мы присмотримся повнимательнее к больному, то заметим, что он преждевременно состарился, почти совершенно седой. В вытянутых пальцах рук обнаруживается ясное, мелкое дрожание. Высунутый язык дрожит довольно сильно. Коленные рефлексы живые. Других более или менее заметных соматических расстройств констатировать не удается.

Однако, в существовании тремора, по характеру вполне соответствующего тому, какой наблюдается при

[1] Больной уже 20 лет как здоров и абсолютно воздерживается от алкоголя.

хроническом алкоголизме, наше подозрение находит себе новое подтверждение.

Обращаясь теперь к анамнезу, мы узнаем, что больной всегда много пил и большую часть заработка тратил на самого себя. Под влиянием алкоголя он был всегда очень возбуждени склонен к половым эксцессам. Последние 1/2 года он стал обнаруживать идеи ревности, угрожал жене и бил ее до того, что она не могла показываться на люди. При этом не стеснялся в употреблении самых грубых выражений, даже в присутствии своих детей. Доставленный по поводу последнего инцидента в клинику, он тотчас крепко уснул, так как находился, очевидно, еще под влиянием алкоголя. Когда мы представляем больному эти данные, он говорит, что все это сильно преувеличено. Бывали, конечно, в разное время небольшие ссоры, как и во всякой супружеской жизни, но никогда он жестоко не обращался и никогда не угрожал своей жене. Только один раз он немного побил ее за то, что она своевременно не передала ему важного известия. Относительно супружеской неверности он, может быть, и ошибался, делать более упреков своей жене по этому поводу он не будет. Пьянство он может очень легко бросить, так как и сам сознает, что это ему вредно.

Как видите, наше подозрение при дальнейшем исследовании данного случая нашло себе полное подтверждение. Мы находим у больного все характерные черты алкоголизма: утрату более широких интересов, эгоизм, побуждающий его к совершенно непомерным расходам на самого себя, нравственное огрубение, выражающееся в дурном обращении с женой и в диких выходках в присутствии своих детей, наконец, патологическую ревность, которая часто развивается у алкоголиков, может быть, на почве неизбежной внутренней отчужденности супругов. Эта последняя черта опасна, так как приводит довольно часто к угрожающему жизнью насилию над женой. Обыкновенно ревность выступает на сцену лишь при более тяжелых изменениях психики алкоголиков.

Вас не должно удивлять, что больной так категорически отрицает свое пьянство. Это также самое обыкновенное явление; у алкоголиков, подобное тому, как пьяные никогда почти не сознаются, что они пьяны. Также мало вы можете полагаться на прекрасные обещания, которые дает нам больной. Такие обещания вы слышите почти от каждого алкоголика после некоторого отрезвления. Но даже когда они думают об этом обещании серьезно, а не только смотрят как на средство добиться возможно скорой выписки, и в этих случаях обычно слабая воля алкоголика не может противостоять ни малейшему искушению. Во всех сколько-нибудь тяжелых случаях удается только по прошествии по крайней мере годичного срока достичь в этом отношении надлежащей устойчивости. К сожалению, в настоящее время мы не имеем в своем распоряжении средств для того, чтобы удерживать лишенных благоразумия больных в стенах учреждения против их воли, пока постепенно не завершится процесс обратного развития расстройств, вызванных действием алкоголя[1]. Так как явные симптомы болезни очень скоро исчезают, то мы вынуждены слишком рано предоставлять таких больных собственной участи, хотя бы и ясно было не только то, что наверное опять будет рецидив, но и то, что больные представляют серьезную опасность для своих окружающих, в данном случае для жены. Много хорошего могли бы, вероятно, здесь сделать общества трезвости, которые немедленно берут таких больных под свое покровительство и дают им большую нравственную опору, так что некоторым удается достичь длительного воздержания, чего они собственными усилиями никогда не могли бы осуществить.

Аналогичную последнему случаю картину, по крайней мере на первый взгляд, представляет 44-х летний сельский хозяин (случай 42), поступивший к нам теперь уже в 15-ый раз. Он происходит, по-видимому, из здоровой семьи и был человеком с хорошими задатками, хотя его и считали за легкомысленного человека. По окончании военной службы, он 24 лет женился и имеет 2 здоровых детей. Начиная с 20-го года жизни, он предается пьянству и вследствие обнаруженной при этом расточительности над ним была учреждена опека. Он пьет только периодически несколько дней или недель, но выпивает тогда в безумном количестве все, что только может достать, не доходя при этом до настоящего опьянения. Когда является у него это непреодолимое стремление пить, его никто не может остановить, строгими угрозами он вынуждает жену свою дать ему денег, опрометью бросается в ближайший трактир, хотя бы среди ночи. Он становится тогда крайне возбужденным, раздражительным, глаза блестят, он много и громко говорит, нигде не может долго оставаться, бегает из одного трактира в другой, разъезжает по окрестным местам по железной дороге или в экипаже, угощает других, раздавая деньги направо и налево.

Суммы, которые больной при таких обстоятельствах растрачивает, часто весьма значительны. Один раз он в два дня израсходовал 130 марок, которые незадолго перед тем получил из сберегательной кассы.

Спустя некоторое время такое дикое поведение прекращается. Больной большей частью не знает в точности, что он натворил, в особенности же, где оставил деньги. Вместе с тем он бывает сильно огорчен случившимся, ведет себя очень скромно, часто долгое время после того не пьет ни одной капли спиртных напитков. Вес тела, сильно упавший за время пьянства, снова быстро поднимается. В первые годы такие приступы пьянства повторялись приблизительно каждые 3 месяца, потом они все учащались, под конец стали повторяться уже через каждые 8 дней. За последние 7 лет, с тех пор как мы знаем больного, состояние его несколько улучшилось, неоднократно бывали светлые промежутки, длившиеся много месяцев. В общем,

---

[1] Больного по его настоянию уже через неделю пришлось выписать. Состояние его постепенно ухудшилось до такой степени, что жена вынуждена была развестись с ним. Он продолжал пить и позднее начал страдать легкими. Несколько лет тому назад он умер.

однако, течение болезни довольно неправильное.

Если мы присмотримся теперь к этому рослому и крепко сложенному больному, то не заметим в нем никаких расстройств, которые обращали бы на себя особенное внимание. Он рассудителен, совершенно ясно ориентируется в своем положении, чувствует себя больным, расстроенным, жалуется на тяжесть в голове. В противоположность предыдущему больному он с самого начала выражает желание вылечиться. “Я должен пить, но не хочу пить”, говорит он. В периоды своего болезненного состояния он, по его собственному описанию, становится угрюмым, неподвижно устремляет вперед свой мрачный взор и испытывает внутреннее беспокойство, которое неудержимо тянет его к выпивке. “Пить целый день, только бы все пить, хочешь, не хочешь, приходится пить”. “Это какое-то непреодолимое внутреннее влечение”. “Проходит оно также внезапно, как будто от меня что-то отпадает”. “Когда оно появляется, я неизбежно должен идти в трактир; когда же проходит, тогда я питаю ко всему этому отвращение, можно мне тогда давать деньги, у меня уже нет никакого желания пить”. Из этих объяснений, которые вполне согласуются с наблюдениями жены больного, становится очевидным, что мы имеем дело не с обычным пьянством. Гораздо скорее здесь дело идет о той форме алкоголизма, которую обычно называют дипсоманией и которая характеризуется периодическим, импульсивным появлением склонности к алкоголю, в то время как в промежуточный период больной пьет мало или даже совсем ничего не пьет.

Легко можно доказать, что каждый такой приступ возникает в связи с расстройством настроения, чувством неудовлетворенности и внутреннего беспокойства, которое больные и пытаются устранить с помощью выпивки. Но под влиянием алкоголя они приходят в состояние возбуждения, которое заставляет их прибегать все к новым порциям, пока приступ довольно внезапно не закончится. При этом употребление больших доз алкоголя обыкновенно не вызывает быстро развивающихся явлений паралича, даже когда сознание сильно помрачено. Больные много болтают, остаются все время на ногах, не спят.

Клиническое значение дипсомании в настоящее время еще спорное. Вероятно, здесь мы имеем дело не с одной и той же формой болезни. Прежде всего нужно отделить от настоящих “пьяниц по четвертям года”, как обыкновенно называют дипсоманов, тех больных, у которых приступ запоя развивается благодаря перемене настроения, стоящей в зависимости не от внутренних причин, а от каких-нибудь внешних поводов, как-то: совращение друзьями, большие денежные получки, праздники, гнев, ссоры с женой, увольнение с должности. В таких случаях дело касается лишь слабовольных от природы или ставших таковыми вследствие злоупотребления алкоголем лиц, которые не могут противостоять представляющемуся в любой форме поводу для выпивки. Быстро теряя самообладание, они легко переходят к совершенно безрассудному пьянству. Однако, эти больные не испытывают страстного, неодолимого влечения к алкоголю. У них наблюдается большей частью обычная картина заурядного пьянства, и приступ здесь заканчивается не сам по себе, но после более или менее продолжительного времени, пока не отрезвит их какой-нибудь внешний повод или отсутствие денежных средств.

Но также и значение расстройств настроения, зависящих от внутренних причин, может быть, по-видимому, неодинаковым. В некоторых случаях к дипсоманическому приступу может привести уже непродолжительная депрессия, развивающаяся на почве маниакально-дерессивной конституции. В гораздо большем числе случаев исходным пунктом дипсоманического влечения служит часто появляющееся при психопатической конституции изменение настроения со склонностью к импульсивным поступкам. И, наконец, остро развивающиеся и также быстро заканчивающиеся периодические расстройства настроения, вызывающие дипсоманию, часто напоминают те явления, которые мы имеем возможность наблюдать у эпилептиков. Есть не мало случаев, где вместе с описываемым изменением настроения встречаем еще другие периодические расстройства, которые позднее будем изучать, как принадлежащие эпилепсии: обмороки, головокружения, сумеречные состояния, ясно выраженные судорожные припадки. Некоторые из таких дипсомании, несомненно, относятся к проявлениям эпилепсии, особенно такие, где имеем дело с регулярно повторяющимся в однообразной форме расстройством настроения при воздержании от алкоголя. Если здесь расстройство настроения под влиянием этого яда развивается до дипсоманического приступа, то это соответствует как раз тому наблюдению, что у эпилептиков вообще действие алкоголя может вызывать наиболее тяжелые болезненные формы. Нужно, однако, сказать, что в настоящее время мы склонны в значительной мере ограничить, по сравнению с прежним, понятие эпилепсии, так что большая часть дипсоманов с эпилептическими чертами представляются уже в другом освещении. В таких случаях дело идет о лицах, предрасположенных к импульсивности, с легко возбудимой фантазией, с большими колебаниями настроения, с неустойчивостью в образе жизни и страдающих иногда судорожными припадками или помрачениями сознания, которые то имеют более истерическую окраску, то эпилептиформную. Обыкновенно эту группу вместе с другими подобными случаями объединяют под названием “аффект-эпилепсии”. Важно то, что в этих случаях дело не доходит до развития своеобразного эпилептического слабоумия.

У дипсоманов обыкновенно отсутствуют также признаки тяжелого алкоголизма, если больные не употребляют значительного количества спиртных напитков в промежутках между приступами. Поэтому и шансы на улучшение в таких случаях довольно благоприятны, так как общее дегенеративное изменение личности остается незначительным. Безусловно, необходимо постоянное воздержание от алкоголя, достигаемое при известных обстоятельствах после больничного лечения.

Если больные обладают достаточным для осуществления этих мер благоразумием и силою воли, то

приступы протекают большею частью не только в форме легких, относительно безобидных расстройств настроения, но постепенно становятся также и значительно более редкими. Во время приступов расстройства настроения следует лучше всего рекомендовать постельное содержание, иногда также большие дозы брома. Наш больной неоднократно помогал себе при начинающихся приступах тем, что ежедневно принимал 1—2 gr. сульфонала или трионала и потом долгое время спал, пока по истечении 1—2 дней не исчезала всякая склонность к выпивке[1].

XV лекция

Алкогольные душевные заболевания

34-х летний трактирщик (случай 43), которого я сегодня представляю вам, только час тому назад принят в клинику. Он понимает обращенные к нему вопросы, производит при этом впечатление только слегка рассеянного человека, кое что проходит мимо его внимания. Свое имя и возраст он указывает верно. Об его прошлой жизни мы имеем отрывочные сведения: он посещал школу до предпоследнего класса потом долгое время жил в Америке жизнью авантюриста, после того как не был принят здесь на родине на железнодорожную службу по причине дальтонизма. Через два года он на некоторое время возвращался назад, но потом опять уехал в Америку. Там он, по-видимому, главным образом, пробивался игрой на рояли, но занимался и всевозможными другими делами; под конец он служил в ресторане. 8 лет тому назад он приехал в Германию и здесь принимался то за то, то за другое, а последние полгода он работал в трактире. Он рассказывает, что уже был здесь один раз и что у него был delirium, так как он много пьет. Однако, он не знает врачей, называет их именами своих знакомых, думает что он уже 2—3 дня здесь, будто бы это ресторан “Под короной” или вернее “почечная” клиника. Числа, месяца он точно не знает.

Уже во время этого разговора, при котором больной, впрочем, давал нам вполне связные сведения, бросалось в глаза известное беспокойство. Он ерзает на стуле, часто оглядывается, несколько раз слегка вздрагивает, играет руками. Внезапно встает и просит, чтобы ему поскорее позволили сыграть на рояли, сейчас же на уговоры вновь садится, но потом опять хочет пойти “сказать там им то, что он забыл”. Постепенно он становится все возбужденнее, говорит, что его судьба решена, что он должен умереть, пусть телеграфируют его жене, что ее муж при смерти. На расспросы узнаем, что он должен быть казнен при помощи электричества и вместе с тем расстрелян. “Картина неясно проявлена”, говорит он, “каждую минуту то там, то здесь стоит кто-то и подкарауливает меня с револьвером; когда я открываю глаза, они исчезают”. В оба больших пальца ноги и в голову ему впрыснута вонючая жидкость, от которой возникают видения, которые он принимает за действительность; это все делает интернациональный союз, который отправляет на тот свет людей, “которые благодаря ошибке без вины попали в несчастие”. При этом он напряженно смотрит в окно, где он видит дома и деревья, которые то появляются, то пропадают. При легком нажимании на закрытые глаза он сначала видит мелькание искр, потом зайца, картину, голову, умывальный прибор, полулуние, человеческую голову, сначала в неясных очертаниях, затем в красках. Когда ему показывают пятно на полу, то он пытается поднять кажущийся ему предмет, думая что это монета. Когда ему закрывают руку и спрашивают, что ему дали, то он осторожно держит ее сжатой и гадает, что это, карандаш или резинка. Настроение больного частью тревожное, частью веселое. Кожа головы сильно гиперемирована, пульс мал, мягок, слегка учащен. Лицо кажется отечным, глаза полны слез. Дыхание распространяет сильный запах алкоголя и ацетона. Язык сильно обложен, дрожит при высовывании; растопыренные пальцы также обнаруживают сильное толчкообразное дрожание. Коленные рефлексы слегка повышены: зрачки не обнаруживают никаких болезненных уклонений. Сердце довольно значительно расширено.

Представленная картина болезни носит некоторые определенные черты, которых нельзя найти в таком сочетании ни при каком другом состоянии, и которые позволяют поэтому поставить сейчас же определенный диагноз. Сюда относится, прежде всего, недостаточная ориентированность в месте и времени, при почти полной сознательности. Можно долгое время говорить с больным, не замечая его душевного заболевания, пока, вдруг, не выясняется, что он не имеет никакого понятия, где он находится и что он совершенно не узнает окружающих. При этом память о прошлом, за исключением последних дней или часов, совершенно сохранена. Еще более характерна, может быть, смесь правильных и неправильных восприятий у нашего больного, который, не замечая противоречий, то сидит за кружкой в трактире “Корона”, то как больной в клинике, то вокруг него хозяева и гости, то врачи. Эта неспособность при сносной сознательности и хорошей памяти справиться с такими очевидными нелепостями напоминает некоторые переживания во сне и говорит нам, что мы имеем здесь дело с делириозным состоянием, со сноподобным помрачением сознания. Если прибавить к этому живые зрительные галлюцинации, беспокойство, сильное дрожание, запах спирта, то мы имеем все наиболее существенные черты той картины болезни, которая обозначается как delirium tremens. Настроение также представляет своеобразную смесь.

[1] Больной в течение каждого года неоднократно поступал на некоторое время в клинику то перед приступом, то во время приступа, то по окончании его. За 14 лет он был принят 41 раз и потом умер.

Кажется, что наряду со страхом перед грозящими опасностями существует и известное сознание бессмысленности бредовых представлений, ощущение смешного противоречия между бредом и действительностью. Пьяницам вообще более свойственно юмористическое отношение к своему положению. Delirium tremens — болезнь, которая протекает крайне быстро, большей частью в течение 3—5 дней и развивается только на почве хронического алкоголизма. Наш больной сильно пьет уже начиная с 13-ти лет. Его отец, по-видимому, отличался легкой возбудимостью, а дядя когда-то был сильным пьяницей. Одна из его теток имела трактир, в котором он, еще мальчиком, разносил пиво, при чем его повсюду угощали. Дома он получал ежедневно ¼ литра вина, сильно пил потом в ученической корпорации, к которой он принадлежал; пить водку он научился в Америке. В последнее время он, по собственному признанию, пил ежедневно 6—7 литров вина и кроме того 5—6 "желудочной горькой"; питается почти только супами. Уже несколько недель тому назад у него бывали иногда зрительные галлюцинации в виде мышей, крыс, жуков, кроликов; он временами не узнавал окружающих и являлся в трактир в рубашке. В последние дни его состояние ухудшилось.

Дальнейшее течение этого случая предположительно будет таково, что через несколько дней все болезненные явления довольно внезапно исчезнут[1].

Большей частью прояснение сознания, которое совершенно напоминает пробуждение после лихорадочного бреда, наступает после длительного сна; между тем как на вершине заболевания сон почти совершенно отсутствует. С прекращением белой горячки, больные, конечно, ни в коем случае не могут считаться выздоровевшими, так как явления алкоголизма продолжают существовать, хотя они в больничной обстановке едва ли проявляются. У тяжелых пьяниц (водка), именно после несколько раз повторявшихся припадков delirium'а, нередко развивается Кор-саковский психоз, о котором речь будет ниже (случай 45); иногда же также наблюдается, как исходное состояние delirium'а, постепенное развитие своеобразного слабоумия, сопутствуемого галлюцинациями и ярким бредом. Наконец, некоторые больные скоро погибают от воспаления легких, сердечной слабости, ранений или самоубийства.

Наш больной, по собственному признанию, уже был один раз в клинике, именно 4 месяца тому назад. Он являл такую же картину, как и сейчас. Кроме того наблюдались еще сильные болевые ощущения больших нервных стволов и глюкозурия. Уже и в тот раз заболеванию в течение довольно продолжительного времени предшествовали галлюцинации; больной видел крыс и мышей, высказывал идеи ревности и угрожал жене и прислуге револьвером. При приеме в клинику он имел с собой бутылку крепкого вина, из которой он быстро еще сделал два—три сильных глотка. На следующее утро у него было три эпилептических судорожных припадка. Delirium длился около 6 дней; после этого сознание совершенно прояснилось и он дал подробные описания своих переживаний во время болезни.

Ему казалось, будто то был день, когда дьявол бродит по белу свету, он вдруг ударился головой о мраморный столб, хотел уклониться, но и поперек улицы ему стала на дороге громадная мраморная доска, и точно также, когда он хотел отступить назад. Обе доски угрожающе упали на него. Две дерзких фигуры на телеге привезли его в трактир "Быка" и положили его на смертное ложе. Церемониймейстер, при помощи раскаленных ножниц, направлял горячие лучи ему в рот, так что его жизненные силы постепенно иссякали. По своей просьбе он получил стакан красного вина; вторичную просьбу о том же отклонил сам Сатана с гримасой смеха. Он тогда сказал со всевозможными благочестивыми увещаниями окружающим "прости" и скончался; одновременно рядом с ним положили трупы его трех дочерей. На том свете он был наказан тем, что он грешил на земле: он постоянно чувствовал нестерпимую жажду, но как только он протягивал руку к кружке или стакану, они исчезали у него из рук.

На следующее утро он снова живым лежал на смертном одре в трактире "Быка", его дети точно также, но в виде белых зайцев. Шел католический крестный ход, при этом он должен был участвовать тем, что во время пения литаний должен был в смежной комнате в трактире "Под короной" наступать на бесчисленное количество лежащих на полу золотых очков; при этом каждый раз раздавался выстрел. Участники крестного хода стали совещаться, нужно ли его только отколотить или убить до смерти; хозяйка "Короны" стояла за первое, с тем только условием, чтобы он остался на продолжительное время жить у нее. Он же хотел уходить, так как он не получал там пива; тогда явился вахмистр, чтобы его освободить; хозяин "Короны" выстрелил в того и был отведен в тюрьму.

В другой вечер вся протестантская община была в сборе в церкви по поводу какого-то празднества; центром его был студент-корпорант, который перед началом службы, вместе с 50 товарищами на маленьких лошадках дал нечто вроде циркового представления. Несколько времени спустя больной заметил, что его жена удалилась с одним из родственников в исповедальню; он вместе с сестрой милосердия, спрятавшись за орган, наблюдал, как они совершили святотатство. Затем он был заперт в церкви; и, наконец, стекольщик прорезал отверстие в церковном окне, с тем чтобы, по крайней мере, можно было подавать туда пиво. При одевании больной заметил, что рукава и все отверстия были заткнуты и зашиты, а карманы распороты. В ванне больной видел себя окруженным 7-ю плавающими под водой зайцами, которые постоянно брызгали на него и грызли его.

---

[1] Через 6 дней delirium кончился. Больной в течение следующих 6 лет еще раз был в клинике, то добровольно в состоянии опьянения или похмелья, то делириозными явлениями; кроме того он был слабоволен и неспособен к пла-номерной работе.

Переданное здесь вкратце описание делириозных переживаний дает нам представление о сноподобном состоянии больного, в котором отдельные действительные ощущения, как толчки головой, смешаны с массой необыкновенно отчетливых ложных ощущений, особенно в области зрения и слуха. Подобно как во сне — это целая цепь самых удивительных приключений, которые разыгрываются с внезапными сменами места и действия.

Часто при этом больные остаются при своей обычной деятельности и здесь можно, до известной степени, говорить о "профессиональном бреде", по крайней мере в том смысле, что стремление удовлетворить алкогольную жажду ясно выступает на первый план.

Особого внимания заслуживают упомянутые судорожные припадки, так как они очень часто появляются вначале или во время delirium'a, но иногда и без того наблюдаются у старых пьяниц. Они принадлежат к "алкогольной эпилепсии", которая характеризуется появлением отдельных тяжелых эпилептовидных припадков. Эти сопутствующие явления далеко зашедшего алкогольного расстройства надо отличать от гораздо более частой "эпилепсии привычных пьяниц", которую, возможно, надо рассматривать, как развитие скрытого эпилептического предрасположения, появившегося под влиянием злоупотребления алкоголем. Последняя, хотя и более слабая форма обыкновенно остается и после полнейшего лишения алкоголя, в то время как настоящая алкогольная эпилепсия исчезает.

Другую форму алкогольного душевного расстройства являет 35-ти летний агент (случай 44), которого нам прислали из хирургической клиники; он отрубил себе последний сустав мизинца на левой руке. Больной прежде всего спокоен, вполне сознателен, ориентирован в месте и во времени. При более продолжительном собеседовании у него, однако, ясно проступает тайная боязнь. Он говорит, что он не дурак, он здесь не останется, потому что иначе он никогда больше не увидит своих детей. Он хорошо знает, что он осужден, преследуем полицией и должен быть казнен; эшафот уже возведен, он просит о пощаде. В середине разговора больной вдруг умолкает, напряженно вслушивается и говорит, что он слышит голоса, которые он очень ясно различает. Ему телеграфируют по аппарату, который находится здесь в доме. По нашей просьбе он произносит те слова, которые он слышит, в размеренном тоне — "семь клятв — отец не клятвопреступление — четыре клятвопреступления, нет, два, — не совсем верно — порядочные люди — честные люди — отец, мать задушил — сын порядочный человек — брат один, брат один — совсем не брат — отец задушил мать — потому что не сказано было, что у жены с моим мужем было". И так он говорил дальше, как если бы он следил за телеграфным сообщением, затем спрашивает совсем спокойно: "правда это, что мой отец и моя мать умерли"? У него шумело в ушах, затем он почувствовал удар в живот, как если бы туда воткнулось стекло; когда он кашлял, кровь горячо ударяла ему в голову.

Галлюцинации зрения больной отрицает. На вопрос, как давно он болен, больной отвечает без колебаний: "три с половиной недели", хотя он раньше объявил себя здоровым. Он тогда начал слышать голоса; они говорили: "свежие яйца, хорошие яйца — конец хорош, все хорошо — не придешь сегодня, придешь завтра". У него все повыспросили; если он о чем-либо думает, то человек, который с ним говорил, тоже знает это. Видеть, он его не видел — "конечно, он, ведь, был далеко". Другие говорили о нем; жена ничего этого не замечала. Один раз он слышал голос наверху, на чердаке: "о, Боже, если это увидит мой муж". Он пошел с мотыкой наверх, но никого там не нашел. Палец он себе отрубил потому, что ему сказали, что это должно быть испытание, достаточно ли у него мужества, чтобы быть принятым в масонскую ложу. Его гипнотизировал врач, которого здесь теперь казнили. Его трех детей зарезала жена; она, как говорят голоса, заколола еще какого-то старика.

Относительно хода развития болезни мы узнаем следующее: больной происходит из здоровой семьи, женился 11 лет тому назад, имеет 4-х здоровых детей, 3-е детей умерло. Он всегда был несколько легкомыслен, расточителен, 7 лет тому назад начал много разъезжать, стал груб к своей жене, раздражителен и развратен. Недели 4 тому назад он неожиданно вернулся домой вечером, причем сейчас же обратил на себя внимание его растерянный вид, он ничего не ел, не спал, плакался, что его загипнотизировали, что ему должны отрубить голову, упрекал жену, что она имеет дело с другими мужчинами и получила за это 200000 марок. Руки его сильно дрожали, он был беспокоен, отвечал на голоса, которые он слышал, говорил с самим собою, высказывал идеи преследования и угрожал окружающим. В последнюю неделю он становился все боязливее, хотел перерезать себе горло, утопиться, бросился в воду, нанес себе несколько поранений, намеревался воткнуть себе нож в предплечье, но жена успела помешать этому, в конце концов, он отрубил себе пальцевую фалангу.

Больной сам говорит, что он в дороге, когда стал слышать голоса, стал пугаться и почувствовал потребность вернуться домой. Дома оказалось, голоса уже всех предупредили и все сообщили. Они сообщили ему, что он при помощи машины загипнотизирован врачом, который умеет читать мысли и зовется Вагнером; его жена объявлена публичной женщиной. Больной подтверждает, что он сильно пил и что это необходимо в связи с его профессией. Он прибавляет: "когда я выздоровею, я лучше займусь продажей сигар". На возражение, что он ведь завтра будет казнен, он отвечает, что его, ведь, могут еще помиловать: может быть, подумают, что душевнобольного все-таки нельзя же казнить. Болезненных явлений, кроме очень плохого сна и мелкого дрожания растопыренных пальцев, сейчас не отмечается.

Представленная картина болезни по быстрому развитию причудливых бредовых идей, живости галлюцинаций, странной смеси бреда с сознанием болезни и алкогольного происхождения имеет известное сходство с delirium tremens. Но она отличается от него гораздо большей продолжительностью, обыкновенно

определяемой неделями и месяцами, ясностью сознания и преобладанием галлюцинаций слуха, по сравнению с преобладанием зрительных галлюцинаций предыдущей болезни. Кроме того обыкновенно слабее выражено состояние беспокойства, дрожание незначительно.

Мы обозначаем эту болезнь, как алкогольное помешательство или, как Wernicke, “галлюциноз пьяниц”. Но как бы отлично ни казалось на первый взгляд это состояние от состояния больного delirium'ом, однако при изучении многочисленных наблюдений выясняется, что существуют самые разнообразные смешанные и переходные формы, в которых различие мало-помалу стирается. Бывают случаи, в которых delirium tremens непосредственно переходит в алкогольное помешательство или один и тот же больной последовательно заболевает один раз одной, другой раз другой формой болезни. Во всяком случае надежды на выздоровление при алкогольном помешательстве гораздо менее благоприятны. В довольно значительном количестве случаев оно переходит в галлюцинаторное слабоумие, которое совершенно ничем не отличается от такого же, но гораздо более редкого исходного состояния при delirium tremens[1]; мои наблюдения говорят за то, что подобному результату способствует тяжелое злоупотребление пивом. На основании всего этого я не сомневаюсь, что алкогольное помешательство и delirium tremens представляют только различные формы проявления одного и того же основного страдания. Обе формы, очевидно, не являются следствиями непосредственного влияния алкоголя, так как они совершенно не похожи на картину опьянения и течение их уже совершенно независимо от дальнейшего потребления алкоголя. Они возникают только на почве длительного алкогольного отравления, почти или всегда при наличии привычного потребления водки или вина. Мы, очевидно, должны себе представить это так, что они возникают вследствие изменений органов, которое производит продолжительное употребление алкоголя.

За это говорит частое присутствие белка в моче при delirium tremens, наблюдаемая иногда глюкозурия, изменения в крови, провоцирующие действие воспаления легких, переломы костей, желудочные расстройства, сходство с уремическим делирием (случай 19). Иногда delirium обнаруживается в тюрьме. Во всяком случае delirium нельзя рассматривать просто, как явление лишения алкоголя, так как при должном уходе можно без всякого вреда внезапно лишить алкоголя самого неумеренного пьяницу, а с другой стороны, дальнейший прием алкоголя не препятствует возникновению болезни. На основании многочисленных наблюдении, можно, наоборот, установить, что разрешение алкоголя несомненно вредно влияет на течение и исход болезни. Так как опасность, главным образом, грозит со стороны недостаточности сердца, то целесообразно давать больному кофеин, а в иных обстоятельствах и камфару; с беспокойством и бессонницей лучше всего бороться постельным содержанием, длительными ваннами и паральдегидом.

Самую тяжелую форму алкогольного расстройства являет 44-хлетний прасол (случай 45), который, на первый взгляд, как будто даже не обнаруживает никаких бросающихся в глаза болезненных явлений. Он тотчас же и охотно вступает в разговор, заявляет, что чувствует себя несколько усталым и вялым, но сейчас ему уже лучше. При более внимательном расспросе тотчас же выясняется, что больной совершенно не ориентирован во времени, месте и своем положении. Он думает, что находится на пивоваренном заводе, где его должен исследовать доктор, не знает, как давно он здесь находится, просит врача сказать, сколько ему следует, он сейчас же пошлет вниз мальчика. В этом доме он живет давно, жена находится наверху, в квартире. Год и месяц он хотя и знает, но не знает ни числа, ни дня недели, не может определить и времени дня; он легко дает себя уговорить сейчас утром, что дело идет к вечеру. Возражений, которые мы ему делаем, он, большей частью, совсем не понимает, принимает их с несколько смущенной улыбкой и отвечает на них совсем невпопад. Окружающих он не узнает, на вопросы подтверждает, что видел их уже в том или ином месте, называет их произвольными именами. С врачом он вместе был на скотном дворе, выпил с ним в трактире пива, он живет наверху в этом же доме. Однако, довольно часто называет его “доктор”.

В событиях последнего времени больной совершенно не ориентирован. Он не знает, как и с какой целью он сюда пришел, кто его привел. Точно также не может указать, что он делал вчера и сегодня, дает на это совершенно не совпадающие с действительностью сведения. Очевидно, мелкие события дня проходят мимо него, не оставляя в памяти следов, при помощи которых он мог бы составить себе связную картину. В противовес расстройству памяти, угасанию таких воспоминаний, которые уже сделались духовным достоянием, мы говорим здесь о “расстройстве способности запоминания”, как неспособности запечатлевать новые впечатления. Это можно легко установить, давая больному запомнить слова или числа. Мы можем при этом убедиться, что больной после нескольких следующих кратких вопросов, совершенно не в состоянии повторить только что слышанное. С другой стороны, он довольно хорошо владеет познаниями, приобретенными ранее. Он считает быстро и хорошо, обладает достаточными школьными познаниями и правильно рассказывает о событиях более раннего времени, о местах, на которых он служил, своей женитьбе, которую он, правда, относит лишь на 4 — 5 лет назад, о своей молодости. Но чем ближе мы подходим к настоящему, тем менее достоверны и все более расплывчаты становятся его показания. Наоборот, его суждения в области вопросов и отношений, не выходящих за пределы его кругозора, не ослаблено сколько-нибудь заметно. Ясное представление о размерах расстройства памяти мы, конечно, можем иметь лишь тогда, когда мы можем сравнить его показания с действительными имевшими место событиями. Сам больной совершенно не замечает тяжелого расстройства своей способности запоминания.

[1] Наш больной выздоровел через 6 недель; в последующие 11 лет он, говорят, больше не пил, но жил отдельно от жены; дальнейших сведений о нем не имеется.

Он, хотя и чувствует себя несколько слабым, сердечнобольным, боязливым, говорит даже, что он боится, что у него в мозгу не все в порядке, но считает себя в остальном душевно совершенно здоровым. Пробелы в своих воспоминаниях он с легкостью заполняет выдумками, которые он непринужденно и с полным убеждением выдает за действительные происшествия. Когда его спрашивают, что он делал накануне, он рассказывает, что рано утром он был на скотной площадке и выпил 10—12 полукружек пива. Затем он дома испортил себе желудок тем, что выпил еще несколько стаканов пива и потому вечером после 10 часов явился сюда. Днем он продал 6—8 штук рогатого скота на площадке. Подобные ответы получают от него ежедневно, как только спрашивают об его последних переживаниях. До известной степени можно влиять на содержание его рассказов путем наводящего разговора. Если ему напомнить, что он вчера же был в Аугсбурге, он сначала несколько возражает против этого, но потом соглашается, говоря, что он сегодня приехал сюда с почтовым поездом, пил с приятелем кофе, а потом пиво.

Настроение больного в общем ровное, беззаботное. Он не задумывается над своим положением, не озабочен своим будущим, не выражает никаких желаний и мало склонен чем-нибудь заниматься, живет бездеятельно изо дня в день. При соматическом исследовании этого худого, несколько запущенного на вид человека, отмечается плохое состояние его питания, бледный цвет и тупое выражение лица. В языке и растопыренных пальцах можно заметить мелкое дрожание. Зрачковая реакция не расстроена. Коленные рефлексы почти, а Ахилловы рефлексы совершенно отсутствуют. Мускулы, особенно ног, атрофированы, сила их слаба. При давлении на медианус во внутренней ложбинке двуглавой мышцы, на ульнарис на локте, на перонеус за головкой фибулы, на тибиалис в подколенной впадине, точно также при сдавливании икроножных мышц, больной обнаруживает сильную боль. При стоянии с закрытыми глазами и сдвинутыми ногами, появляется шатание, которое при подымании одной ноги доходит до потери равновесия. Других телесных расстройств не отмечается.

Если мы рассмотрим ход развития этого болезненного состояния, то мы найдем, что больной происходит из душевноздоровой семьи, что он женился 13 лет тому назад и имеет здорового ребенка. Он раньше пил много пива, а в продолжение последних 2 лет также много водки, бывал почти каждый день пьян и совершенно опустился. За последние годы он больше не годится ни для какой работы, не может больше распоряжаться деньгами, сидит тупо и без всякого дела дома. В последнее время он стал очень забывчив, обнаруживал обманы памяти, не знал утро ли теперь или вечер. Часто он становился очень боязлив, говорил, что его подкарауливают, хотят его бить, заколоть, закрывал поэтому двери на крючок. Поводом к его препровождению в клинику был ряд (5) тяжелых судорожных припадков, случившихся подряд в одну ночь. На следующий день у нас тут было еще три эпилептиформных припадка, после которых появился симптом Бабинского. В течение недели, которая прошла с тех пор, у больного не было ни одного припадка. Но он оставался не ориентированным в своем положении; его показания о его месте пребывания, недавних происшествиях подвергались многократному изменению.

Самым заметным симптомом в представленной картине болезни является тяжелое расстройство запоминания, связанное с обманами памяти. На этот признак впервые обратил внимание Корсаков. Он вместе с тем указал на частую связь этих явлений с полиневритами, которые мы отметили здесь в виде болезненности при давлении на нервные точки и мускулы, в атрофии мускулатуры, в угасании сухожильных рефлексов и в неустойчивости при стоянии, Корсаков говорил поэтому об “полиневритическом” психозе. Дальнейшие наблюдения показали, что большинство картин болезней, обозначавшихся этим именем были алкогольного происхождения. Этот “Корсаковский психоз” в более тесном смысле развивается только на почве тяжелейшего злоупотребления водкой и вином, относительно часто у женщин. Болезнь развивается или, как в приведенном случае, постепенно, или проявляется довольно внезапно, часто как исход delirium tremens. У нашего больного рядом с этим были и алкогольно-эпилептические припадки; далее отмечавшиеся у него состояния страха и идеи преследования напоминают таковые при алкогольном помешательстве. При изучении значительного количества подобных случаев ясно обнаруживается, что delirium tremens, алкогольное помешательство, алкогольная эпилепсия и Корсаковский психоз встречаются в самых разнообразных сочетаниях; они, очевидно, представляют собой формы проявления одного и того же глубокого поражения, тяжелого болезненного процесса, который вызывается злоупотреблением алкоголем, не будучи, однако, непосредственным следствием влияния алкоголя на мозг. Мы должны были бы поэтому, может быть, противопоставлять эти клинические картины, как “метаалкогольные” различным видам опьянения, простой алкогольной распущенности и алкогольному бреду ревности, которые следует понимать как последствия, с одной стороны, острого, а, с другой, длительного действия самого алкогольного яда.

Корсаковский психоз, во всяком случае, является очень серьезным заболеванием[1]. Значительная часть больных умирает с явлениями паралича вагуса от туберкулеза, нефрита, сердечных заболеваний, артериосклероза. В других случаях и при лишении алкоголя надолго остается тяжелое расстройство запоминания, иногда сопровождаемое выраженными обманами памяти, а иногда без них. Если болезнь длилась еще не слишком долго, то воздержание от алкоголя большей частью ведет за собой значительное улучшение самых резких симптомов болезни; но вместе с тем обычно можно заметить, что известная степень забывчивости, душевной тупости, слабости суждения и воли все-таки остается. Возврат к прежним привычкам пьянства обычно вызывает быстрое и определенное ухудшение состояния больного. Лечение

[1] Больной скончался через 3? года, в психическом отношении без изменения, от цирроза печени.

состоит только в продолжительном лишении алкоголя.

XVI лекция

Морфинизм, кокаинизм

Несомненно нет врача, который не считал бы самым основным принципом своей профессиональной деятельности, не вредить своим больным. Однако, сегодня я должен познакомить Вас с не малой, к сожалению, группой психических расстройств, которые своим происхождением обязаны почти исключительно профессиональным ошибкам врача. Вы имеете перед собой для начала сельского хозяина 44 лет (случай 46), у которого 21 год тому назад было прострелено левое бедро, причем пуля задела таз и, по-видимому, слегка поранила седалищный нерв. В связи с этим в бедре стали часто появляться рвущие боли, которые сильно затрудняли ходьбу и потребовали ряда курортных лечений. Через 5 лет пуля, все еще находившаяся в теле, была извлечена, от чего боли однако не улучшились.

Уже в самом начале с этими болями стали бороться морфием, причем применение его в дальнейшем было предоставлено самому больному. Так как он при впрыскиваниях, как и следовало ожидать, не соблюдал правил асептики, то у него образовались многочисленные абсцессы, поэтому он уже лет 16 тому назад решил принимать морфий внутрь. Как это постоянно и бывает, это средство скоро сделалось для него необходимой жизненной потребностью. Если он не принимал морфия, появлялась усталость, подавленность, дурное настроение, чувство тоски, которые постоянно снова принуждали его к приему яда. При этом первоначальные дозы не были уже достаточны для устранения появлявшихся тягостных состояний, и больной принужден был употреблять средство все в больших дозах. Часто он пытался понизить дозу, но эти попытки в конце концов постоянно разбивались об упомянутые в высшей степени мучительные явления, которые не позволяли ему понизить дозу ниже известного количества. По-видимому, он временно спускался до 0,06 gr. ежедневно, но в последнее время опять стал принимать втрое больше этого количества, однако на его показания на этот счет, как всегда у подобных больных, мало можно полагаться.

В настоящее время Вы не замечаете у больного, который рассказывает эту историю своей болезни стройно и связно, ничего особенного. Свою зависимость от морфия он ощущает как нечто очень неприятное и испытывает живейшее желание избавиться от этого, тем более, что морфий, собственно, совсем не оказывает действия на его боли, а только устраняет страдания, которые появляются при неупотреблении самого средства. Больной чувствует себя слабее, чем прежде, плохо спит, мало ест, состояние питания ухудшилось. Вообще же он крепкого сложения. Зрачки узкие, — признак отравления морфием; руки слегка дрожат. Обе руки, бедра и грудь сплошь покрыты белыми блестящими соединительно-тканными рубцами, которые произошли от уколов и абсцессов; подвижность обоих локтевых суставов в значительной степени ограничена вследствие Рубцовых стяжений. Эти рубцы — никогда не обманывающий признак злоупотребления морфием или подобными средствами; они отсутствуют только в редких случаях, когда яд с самого начала принимался во внутрь. От старого пулевого ранения остался совсем маленький подвижный рубец на левом краю таза. Левая нога не обнаруживает никаких нарушений движения ни в каком направлении, но больной жалуется на неприятное щекотанье в стопе и в пальцах ноги, кроме того, на пронизывающие боли в левом бедре, а также и на неприятные ощущения во всем теле, которые однако можно приписать только морфийному голоду. Память и умственная работоспособность больного не обнаруживают никаких нарушений, в эмотивной области можно, пожалуй, заметить известную повышенную плаксивость.

Как ни мало бросаются на первый взгляд в глаза болезненные явления при длительном злоупотреблении морфием, однако сама болезнь очень тяжела по своим последствиям для больного. О действии морфия на психику мы на основании экспериментов до сих пор знаем лишь то, что он, по-видимому, облегчает ход мыслей, но зато затрудняет выполнение волевых импульсов, т. е. парализует волю. Это последнее действие в картине хронического морфинизма и выступает клинически на первый план. Больные становятся вялыми, теряют энергию, выдержку и вкус к работе, все это вместе взятое самым гибельным образом отражается на их жизненной деятельности, к этому присоединяется постоянный переход от психического возбуждающего действия отдельных приемов морфия — к явлениям морфийного голода, наступающим уже через несколько часов и выражающимся в мучительной внутренней тревоге, чувстве страха, затем в зевоте, чихании, поносах, потах, сердцебиении и других разнообразных мучительных ощущениях, которые с громадной силой побуждают к новым приемам яда.

Наконец, обычно развивается и повышенная чувствительность больных ко всем болевым ощущениям и душевным потрясениям, которая заставляет их уже при сравнительно очень незначительных поводах прибегать к шприцу. Таким образом, морфий неизбежно делается центром всех жизненных интересов, которому подчиняются все другие, развивается полная рабская зависимость от средства, которая обозначает атрофию воли. К этому присоединяется бессонница, падение питания, пониженная телесная сопротивляемость, упадок половой деятельности.

Невероятно трудно, к сожалению, устранить это роковое страдание. Раньше всего мы, конечно, должны

прекратить прием морфия, что без особых затруднений достигается почти всегда в течение самое большое 2 — 3 недель. Внезапное отнятие морфия опасно в виду нередкого при этом коллапса. Так как больные, обычно, в своих показаниях преувеличивают употребляемую ими дозу и, кроме этого, постоянно употребляют средство в большем количестве, чем это необходимо для устранения их страданий, то в начале лечения можно убавлять дозу довольно быстро. Мы давали в первый день нашему больному 0,16, на другой день уже только 0,12 gr., а сейчас, через 14 дней, дошли до 0,04 gr. При этом болезненные явления были очень незначительны: легкое беспокойство, плохой сон, в последние дни немного чихания и зевоты, а также небольшой понос. Аппетит оставался довольно хорошим. Через 3—4 дня мы думаем совсем прекратить прием средства, причем мы последнюю дозу оставим на вечер, чтобы неприятные явления разыгрывались по возможности днем. При этом больной обязательно остается в постели, получает самое усиленное, насколько это возможно, питание, преимущественно молоко и ежедневно принимает длительную теплую ванну. Сколько-нибудь значительных болезненных расстройств, конечно, нечего больше опасаться.

Однако, одним только отнятием морфия исполнена лишь незначительная часть задачи. Гораздо важнее предохранение от чрезвычайно частых рецидивов. После злоупотребления морфием, в гораздо большей степени, чем при алкоголизме, остается пониженная сопротивляемость, которая и заставляет больного при переутомлении, неприятностях и болях немедленно прибегать к шприцу. Эта неустойчивость исчезает лишь очень медленно, большей частью только по истечению лет, между тем как морфинисты, обыкновенно, считают себя излеченными, когда они несколько дней подряд не принимают морфия. Пока этот роковой самообман не устранен основательно и морфинист не будет подвергаться такому же по меньшей мере длительному и внимательному наблюдению и лечению, как это теперь признано необходимым для алкоголиков, чрезвычайно печальный прогноз этой болезни вряд ли изменится. И если находятся врачи, которые ежедневно в газетах и листовках рекламируют себя, что они “без принуждения и страданий окончательно вылечивают от морфинизма в течение 30 дней”, то это надо признать ничем не оправдываемою бессовестностью. Провести отнятие морфия в течение этого времени без особых страданий не представляет, конечно, особенного искусства. Но кто объявляет тогда морфиниста излеченным, тот заведомо обманывает или себя, или своего больного. Несчастные жертвы этой рыночной рекламы странствуют из одной лечебницы в другую, окончательно потеряв после этого доверие как к самому себе, так и к своим врачам.

Как сложится будущее нашего больного, трудно сказать с уверенностью. Он может и хочет по своим обстоятельствам употребить на лечение лишь 7—8 недель, хотя мы ему выяснили всю значительную опасность рецидива. Не исключено однако, что он не вернется больше к морфинизму, так как он принимал сравнительно незначительные дозы, и он разумный человек, воля которого, по-видимому, еще не слишком сильно поражена; наконец, и боли, которые дали повод к употреблению морфия, довольно незначительны[1].

Гораздо серьезнее обстоят дела с женой дубильщика 44-х лет (случай 47), которая может Вам служить примером тяжелых случаев морфинизма. Больная рассудительна, она ориентируется в своем положении, но находится в очень раздраженном состоянии духа. При разговоре о злоупотреблении ею морфием она разражается сильными ругательствами по поводу того, что ее лишают этого средства, упрямо заявляет, что она все-таки сейчас же начнет опять впрыскивать морфий, угрожает при первом же удобном случае удавиться; это — говорит она — очень легко сделать. Больная маленького роста, плохого питания. Зубы плохие; язык слегка обложен, дрожит; растопыренные пальцы также дрожат. На правом глазу колобома, являющаяся результатом иридэктомии. На обоих руках и бедрах многочисленные блестящие рубцы.

Больная уже раз была у нас четыре года тому назад. Отец ее был пьяницей, бабушка с материнской стороны была парализована. Сама больная вышла замуж 13 лет тому назад, у нее 2 здоровых детей. Болезнь ее началась 17 лет тому назад. Она тогда перенесла операцию острой глаукомы, при этом врачом ей был дан морфий, затем она получила морфий от сестры милосердия, которая сама была морфинисткой и привыкла к нему. После этого она получала его сначала по рецепту врача, а затем и без рецепта из аптеки. Деньги для этого она добывала тем, что тайком продавала кожу или при помощи подобранных ключей открывала мужнин шкаф. В конце концов муж стал давать ей лекарство из своих рук. Но так как того, что он ей давал, больной всегда было недостаточно, то она обманывала его всяческим образом, тайком брала морфий из бутылки, доливала ее водой, опрокидывала бутылку. В течение последних лет она, по-видимому, истратила на морфий несколько тысяч марок, так что материальное благосостояние семьи от этого очень пострадало. Состояние же ее все ухудшалось; при этом все для нее сосредоточилось вокруг морфия. Больная сделалась неустойчивой, слабовольной, боязливой, без вспрыскивания не могла больше работать; она ела и спала очень плохо, состояние ее питания сильно ухудшилось, она выглядела бледной и истощенной, менструации почти совершенно исчезли.

За последние годы больная начала пить. Все попытки лишить ее морфия, кончались неудачей, так что, наконец, было решено отправить ее в клинику. Тогда она, по ее показаниям, употребляла 1—2 gr. морфия в день. Несмотря на это лишение морфия, которое было проведено в течение 5 дней, прошло без особых трудностей; очевидно, таким образом, что ее показания сильно превышали действительную дозу. Наступило только легкое беспокойство, чувство тоски и небольшой понос. Но больная в период лишения морфия и еще несколько дней спустя была очень раздражительна, теряла благоразумие, уверяла, что она тотчас же опять

[1] Больной умер через 10 лет после выхода из больницы и, по-видимому, не употреблял морфия.

достанет морфия, хотя начала лечиться по собственному желанию. Только потом, когда вес тела, в начале еще более понизившийся, повысился, она стала разумней и уверенней в себе полагала, что никогда больше не впадет в рецидив. Несмотря на все предостережения, она не захотела остаться в клинике и с согласия мужа покинула ее после едва 2-х месяцев лечения.

Ожидавшийся нами при этих обстоятельствах несомненный рецидив последовал, согласно показанию больной, уже впервые же дни, но муж заметил это лишь через год. В скором времени она снова вернулась, к прежнему состоянию. Когда больная не имела морфия, она ложилась в постель, у нее делалось сердцебиение и она чувствовала, себя так плохо, что употребляла все средства, чтобы опять и опять, какими угодно путями достать себе свое средство. “Я бы украла”, говорит она сама; “морфинист не знает стыда”. Ежедневная доза, употреблявшаяся ею, по ее словам, достигала 1 gr. Мы давали ей поэтому сначала несколько больше '/з этого, а потом довольно быстро стали понижать дозу. В первую же ночь появилось сильное беспокойство, боли в конечностях, поты, чувство тоски; больная жаловалась: “моих страданий Вы себе представить даже не можете”. Против врачей она была раздражена, говорила, что ей никто не может помочь, “даже если бы ангел с неба слетел”.

На 17-ый день, когда она получила только 0,04 gr. морфия, она стала видеть на простыне муравьев и слышать голос мужа, который упрекал ее; 2 дня перед этим больная без всякого повода разбила оконное стекло; больная была оглушена, она бессвязно говорила сама с собой, видела как в ее родной дубильной мастерской краны от бочек стоят открытыми и вытекает краска, смахивала вшей и всяких других насекомых со своей постели. По временам она была в полном сознании, выражала опасение, что сходит с ума; у нее такое ощущение, как если бы у нее перед лицом была толстая доска. Вместе с тем появилось грубое дрожание рук. Часто она не знала, где она, обращалась к врачу на ты, была пуглива; временами тосклива, временами юмористически настроена. При надавливании на глазные яблоки она видела воду; других зрительных галлюцинаций нельзя было вызвать. Но она сама попросила ширму к кровати, чтобы не видеть высокого человека, который держит перед ней доску с надписью: “нельзя впрыскивать”. Это делириозное состояние, много раз менявшееся в своей интенсивности, длилось около недели; ежедневная доза морфия в это время была понижена нами только на 0,01 gr. Вот уже три дня как сознание больной, как Вы видите, снова прояснилось, но она еще не относится критически к своему положению и раздражена. Через 2—3 дня мы думаем совершенно прекратить приемы морфия.

Прогноз в этом случае в сравнении с предыдущим много хуже благодаря тому, что яд принимался в гораздо большем количестве и в течение долгого времени, а также вследствие неустойчивости и слабоволия больной, которые отчасти вызваны злоупотреблением морфия, отчасти же, вероятно, уже и раньше имелись на лицо. Желание избавиться от рабской зависимости от яда при первых же попытках лишения отошло на задний план, кроме того тоска по яду повела уже у нашей больной к морально очень сомнительным поступкам, как это, к сожалению, нередко бывает у морфинистов, когда ими овладевает морфийный голод. Эта именно потеря больными моральной устойчивости во всех тех случаях, когда на сцену выступает их страдание, достаточно ясно показывает, что, несмотря на незначительное нарушение памяти и интеллектуальной способности, морфий оказывает глубоко вредоносное действие[1].

У нашей больной оказалось особенно трудным проводить отнятие морфия вследствие появления своеобразного делириозного состояния. Подобные расстройства у морфинистов не очень редки, но вряд ли их можно приписать действию самого яда. В нашем случае картина болезни указывала с большой вероятностью на алкогольное происхождение их, и больная призналась нам, что она часто для облегчения своих страданий прибегала к алкоголю. Очень часто сам врач для более легкого проведения отнятия морфия применяет алкоголь, обыкновенно с тем успехом, что больные начинают употреблять оба средства вместе.

Не менее излюбленным средством является кокаин, который одно время прославлялся, как истинное, целебное средство против морфинизма, пока не узнали, что он еще гораздо хуже морфия. Наша больная также лет 7 тому назад в течение нескольких недель принимала по предписанию врача кокаин. Уже после 8—14 дней появилось чувство страха и беспокойство. Ей казалось, что она слышит, как о ней говорят, что муж ее ругает, что она стоит на высокой башне, с которой ее хочет сбросить вниз ангел. Только после того, как она перестала принимать кокаин, эти галлюцинации исчезли.

Такого же рода явления были у зубного техника 26 лет (случай 48), который попал к нам из известной лечебницы для морфинистов. Он сделался морфинистом уже несколько лет тому назад и месяцев 8 тому назад поступил в эту лечебницу. В течение первых двух месяцев дело шло очень хорошо, пока он не сошел на 0,02 gr. морфия ежедневно. Тут появились первые явления голодания, он принял тогда грамм морфия, который он, как большинство морфинистов, припрятал на всякий случай. Ему удалось обмануть врача ассистента, “потому что тот не обладал еще достаточной опытностью, чтобы видеть насквозь морфиниста”. “Большинство пациентов употребляли морфий контрабандным образом, я это хорошо знал, но они только представлялись перед врачом”. Несколько времени спустя больной заболел плевритом, во время которого, по его словам, доза приема снова была увеличена до 1 gr. ежедневно. А затем больной получал несколько раз морфий от другого больного, который для облегчения явлений голодания сам вспрыскивал себе морфий, и который хотел таким образом гарантировать себе молчание. Таким образом лечение нашего больного

---

[1] Согласно сообщению мужа, больная в течение 7 лет после выхода из клиники не принимала морфия; но по временам сильно пила, затем внезапно умерла.

оставалось совершенно безуспешным.

Директор лечебницы выписал его, объявивши ему, по его словам, что курс отнятия морфия пока что невозможно провести. Последнее время, в лечебнице, когда он перестал получать морфий, больной помогал себе тем, что пил в аптеке “опийный коньяк”, и, кроме того, от времени до времени покупал себе там же бутылку морфийного или кокаинного раствора, из которой он часть употребил, а часть сохранил на дорогу. Кокаин врач лечебницы присоединил к морфию, чтобы сделать вспрыскивание безболезненнее. При отъезде больной к своему ужасу заметил, что забыл свой морфий в лечебнице. Он сначала пополнил свой запас в аптеке, но получил там только 0,13 gr., “потому что заподозрили, что он морфинист”. В виду этого он тайно вернулся в лечебницу и там получил от старшего служителя еще такое же количество. Подкрепившись для поездки несколькими сильными вспрыскиваниями, он в дороге впал в очень сонливое состояние и попал, наконец, в руки жулика, который ограбил у него все его наличные деньги и часы. Когда он по этому поводу обратился к полиции, он произвел впечатление больного и был отвезен в больницу, где впал в состояние делириозной спутанности и возбуждения, что и повело к тому, что он через неделю был перевезен к нам в клинику.

При приеме больной не ориентировался в окружающей обстановке и своем положении, с трудом и недостаточно все воспринимает, обнаруживал живую потребность говорить, рассказывал о своих последних переживаниях с постоянными отступлениями, теряя нить рассказа. Вместе с тем у него были различные галлюцинации, о которых он потом дал нам более точные сведения. В больнице он видел кошек, мышей, крыс, которые прыгали по палате и скреблись об его ноги, так что он с криком прыгал во все стороны, он чувствовал их зубы. Это был спиритизм; они при помощи гипнотизма проникли через стены. Одеяла превращались в двух людей, из которых один был вскрыт. В стене была дыра, в ней сидел престарелый седой старец, который давал представление. Он видел, одна из его теток имела половые сношения со служителями; она принуждала к этому и 11 летнюю сестру больного. Он слышал, как ребенок кричал, а тетка его уговаривала, и крикнул ей, чтобы она, по крайней мере, не выбирала таких крупных мужчин. Также поступали и с другим ребенком лет 6—7; тетка находила на улице мужчин и приводила их к кровати, где лежали девочки. Было совершенно также убийство; войска стреляли, и пожарные в это время поливали из кишки, так что вода в палате стояла на высоте одного фута. У нас больной видел рыб в ванне, слышал вы-стрелы, голоса снаружи в коридоре. Что касается телесных симптомов, то кроме чувствительности при нажимании на крупные нервные стволы, дрожания языка, многочисленных свежих абсцессов и признаков острого катарра желудка никаких других заметных болезненных симптомов не отмечалось. Зрачки были широки, хотя больной в последние дни регулярно получал 3—4 центиграмма морфия.

Сильно возбужденный, многоречивый больной был тотчас же помещен в ванну; после промывания желудка при помощи зонда, он получил жидкую пищу в значительном количестве, небольшие дозы морфия и немного кофеина. В течение ближайших дней его состояние быстро улучшилось. Он начал самостоятельно принимать пищу; галлюцинации исчезли, а о прежних он рассказал нам. На 5-й день он получил последнюю дозу морфия. Явления голодания: потение, зевота, чихание были средней силы, но сознание больного оставалось несколько неясным, он с трудом соображал. Настроение было (пугливое) тревожное, иногда раздраженное и агрессивное. В многочисленных писаниях больного кроме многоречивости, бессвязности, пропусков, повторений и путания букв и слов, выступали также неу-веренность и смазанность в почерке. Все эти явления, однако, скоро исчезли. Вес тела увеличился на 6,5 килограмма; больной стал спать; так что сегодня, после 6-ти недельного пребывания в клинике, Вы видите перед собой больного в довольно хорошем состоянии. Кроме рубцов от впрыскивания, в настоящее время ничто больше не напоминает о перенесенной болезни. Он хорошо понимает свою болезнь, полон самых лучших надежд на будущее, клянется, что никогда больше не захочет прибегнуть к шприцу и просит, чтобы его выписали, чего также настоятельно желает и его мать. После того, что я Вам говорил раньше, Вы поймете, что мы исполняем это желание с тяжелым сердцем и только потому, что не имеем права ему противиться. В действительности же время лечения слишком коротко, чтобы хотя с некоторой уверенностью гарантировать длительное выздоровление[1].

Очень обращает на себя внимание в этом случае длившееся около 10 дней делириозное состояние, которое живо напоминает делирий алкоголиков. Возможно, конечно, что алкоголь в форме обыкновенного и “опийного” коньяка, к которому прибегал больной для облегчения процесса отнятия морфия, сыграл при этом некоторую роль. Но некоторые черты делирия указывают, однако, больше на участие кокаина. К этому я отношу затяжное течение болезни, галлюцинации царапанья, затем сексуальные эпизоды, особенно же болтливость, расплывчатость в речи, непреодолимую потребность писания, которые мы в такой форме не встречаем при delirium tremens, но зато регулярно имеем при отравлении кокаином. Но, конечно, доля участия каждого из ядов, вызывавших в этом случае совместно делирий, не может быть установлена с точностью. Только одно мы можем сказать, что это состояние не было вызвано одним морфием.

Чему учат нас все эти случаи — это тяжелая вина, которую несет врачебное сословие в деле развития морфинизма. Правда, сами врачи в большей степени и чаще всего страдают морфини-зом. С другой стороны, именно врачи — морфинисты легкомысленней других относятся к этому яду, хотя им-то и должно было бы быть яснее чем другим, что этот яд почти наверное разрушает жизненное счастье. Наконец, Вам

[1] Я, к сожалению, не имел возможности узнать что-либо о дальнейшей судьбе больного.

должно было стать ясным, что каждый морфинист с легкостью повсюду может достать себе желанное средство; наше законодательство до сих пор бессильно против этого. Единственным действительным средством борьбы с морфинизмом явилось бы сознание каждым врачом той серьезной ответственности, которую он берет на себя, предписывая длительное применение морфия. Последнее может быть оправдано только при тех неизлечимых, крайне болезненных страданиях, без облегчения которых жизнь делается невыносимой.

XVII лекция

Эпилептическое помешательство

Уже много раз мы встречались с более или менее выраженной периодичностью болезненных явлений. Причину этой периодичности естественно искать лишь в длительных изменениях душевной жизни, проявлений которых мы часто, конечно, вовсе не можем констатировать в светлых промежутках. Совершенно то же самое мы видим при многочисленных периодических явлениях в здоровом организме (пульс, дыхание, сон, менструация и т. д.), при которых нам также еще не ясны действительные причины периодического их проявления. С другой стороны, как раз в области патологии у нас нет недостатка в наблюдениях, при которых наряду с периодическими симптомами ясно выступает длительное изменение личности, из чего явствует, что отдельные приступы представляют из себя не самостоятельные заболевания, а лишь проявления основного болезненного состояния. Поучительные примеры в этом отношении, помимо маниакально-депрессивного психоза, представляют исходные состояния при раннем слабоумии с их столь частыми периодическими возбуждениями. Сегодня мы рассмотрим следующую группу болезненных состояний, при которых также, на ряду со стойким слабоумием, более или менее регулярно проявляются быстро протекающие душевные расстройства.

Прежде всего представлю вам 18-ти летнего подмастерья столяра (случай 49), который в течение года поступает к нам уже пятый раз. Он происходит из здоровой семьи, но две его сестры умерли в раннем детстве от судорог. У него самого судорожный припадок появился в возрасте ½ года и повторялся сначала приблизительно раз в три месяца, а затем ежемесячно. Припадки часто бывали сериями, иногда и ночью. Года 2 ½ а также года полтора тому назад к судорожным припадкам присоединялись еще спутанность, страх, галлюцинации. В таком состоянии больной год тому назад был в первый раз доставлен в клинику. В течение 4 дней у него было 6 припадков, после чего наступило состояние беспокойства и страха (до того он был тих и молчалив). Он говорил, что должен умереть, перестал спать, молился, куда-то стремился, утверждал, что его товарищи, соседние сапожники длинными ножами выкололи ему глаза и взамен вставили звериные, вырезали ему горло. Он слышал, как мастер говорил о его смерти. При этом он был спутан, не сознателен, у него кружилась голова. Это состояние продолжалось около недели.

Позднее подобные расстройства повторялись несколько раз и по большей части приводили к помещению больного в клинику; здесь они также часто наблюдались. Такие состояния обычно наступали вслед за рядом судорожных припадков, повторявшихся в течение нескольких дней подряд. Больной тогда становился спутанным, возбужденным, высказывал ипохондрические идеи, что он мертв, у него нет больше крови, не может больше сжать кулака, у него расширились глаза; дальше он говорил, что на его жизнь покушаются, хотят его застрелить, он видел людей, которые на него направляли свое оружие; был очень возбужден, звал на помощь, метался в страхе. Через несколько часов или дней он снова успокаивался, но еще некоторое время настаивал на правильности своих бредовых идей, пока, наконец, не сознавал, что он опять был "сумасшедшим". Вес тела, резко падавший за время приступа, снова быстро поднимался.

В промежутках между этими состояниями, которые обычно повторялись каждые 3—4 месяца, у больного часто бывали легкие судорожные припадки, при которых он терял сознание и наблюдались клонические и тонические подергивания в течение нескольких минут. Далее наблюдались припадки, при которых он лежал в расслабленном состоянии с закрытыми глазами, не реагировал на обращение к нему и на уколы булавкой, но при попытке открыть ему глаза крепко сжимал веки. Зрачки при этом бывали широки, от света суживались; временами бывала каталепсия. Коленных рефлексов не удавалось получить вследствие сильного напряжения; пульс был учащенный. Эти расстройства проходили через несколько часов. Наконец, сам больной жаловался на быстро проходящие приступы головокружения с дрожанием и слабостью в руках, "как будто собирался наступить припадок". При этом он не вполне терял сознание и быстро приходил в себя.

Больной — худощав, бледен, с узким лбом, запавшей переносицей, прирощенными ушными мочками, высоким небом — уклонения, которые обыкновенно рассматриваются как "признаки вырождения". Зрачки широки, но хорошо реагируют. Дрожание в раздвинутых пальцах; кожные рефлексы — живые. Со стороны

психики Вы замечаете у больного прежде всего большую тугоподвижность мысли; он рассудителен, ориентирован во времени, месте и окружающем, но отвечает необыкновенно медленно, с раздумием; несмотря на полную внимательность, понимает не всегда сразу, чего от него хотят, в своих словах не двигается с места. Признает сам, что он болен, но не много может об этом рассказать; думает, что последние припадки были совсем легкие. О состояниях спутанности он имеет лишь очень неясное воспоминание. Служители имели револьвер, чтобы его застрелить; он был на небе и видел Бога; все, что ему представлялось, он видел ясно перед собой. Часто у него кружится голова, так что он не может ясно думать.

Хотя больной был не плохим учеником, его знания довольно скудны; он не имеет понятия о вещах и отношениях, которые находятся вне его непосредственного кругозора. Его запас представлений и его суждения приблизительно соответствуют степени развития 10—12 летнего ребенка. Соседние больные и все, что делается вокруг, для него безразлично, поскольку не касается его лично. Наоборот, он выказывает большую привязанность к своей семье, говорит о своем дорогом отце, к которому он бы охотно вернулся. Очень радуется посещениям родных. Поведение его, вне припадков, в общем вполне правильное. Правда, он очень туп, но добродушен и послушен; лишь перед припадками он делается раздражительным и агрессивным. Работает он не много, но выполняет поручаемые ему простые работы тщательно, хотя и необыкновенно медленно. Весьма достойны внимания при его значительном слабоумии те рисунки зверей и растений, которые больной делает по раскрашенным картинками. В них каждый штрих пунктуально скопированной картинки воспроизведен с такою тщательностью и правильностью, что нет возможности отличить копию от оригинала. Когда же мы дали больному задачу составить диаграмму по данным числам, то он оказался совершенно неспособным выполнить эту крайне простую, но требующую известной самостоятельности работу[1].

Как исходный пункт для рассмотрения нашего случая, мы берем судорожные припадки, которые появлялись у нашего больного с детства в течение всей его жизни, возникая без всякого повода то в одиночку, то группами. Кроме того, бывали еще легкие приступы головокружения, далее ступороподобные состояния, длившиеся по нескольку часов, и наконец так называемые “сумеречные состояния” — несколько более длительные помрачения сознания со спутанностью и бредом депрессивного характера; все эти состояния многократно повторялись в одинаковой форме. Общей особенностью всех этих расстройств, наступающих в виде припадков, является их самостоятельная, в общем независимая от внешних причин “периодичность”, хотя о строгой регулярности появления приступов не может быть и речи. В этом характере течения болезни заключается один из важнейших признаков тех патологических явлений, которые мы объединяем под названием “эпилепсии”. Среди этих явлений судорожные припадки раньше всего привлекли к себе внимание наблюдателя. Лишь позднее стало известным, что и другие формы припадков имеют то же клиническое значение; что они, как выразился Samt, представляют из себя лишь “эквиваленты” судорожных припадков.

Дальнейшие исследования показали, что понятие эпилепсии не представляется единым. Уже неоднократно, при рассмотрении самых различных заболеваний мы встречались с появлением эпилептиформных судорожных припадков — при алкоголизме, сифилисе мозга, прогрессивном параличе, раннем слабоумии, уремии; этим еще далеко не исчерпан ряд таких заболеваний. Из большого числа страданий, сопровождающихся судорожными припадками, все же с некоторой определенностью может быть выделена основная группа, которую мы обозначаем как *“генуиную” эпилепсию*, так как мы имеем основание предполагать, что ее причину следует искать во внутренних состояниях организма, вероятно в расстройстве обмена. Согласно имеющимся до сих пор наблюдениям, эта болезнь, как правило, сопровождается более или менее выраженным изменением всей душевной жизни, которое главным образом проявляется в туго-подвижности психики, ослаблении памяти, сужении круга интересов, эгоизме. Это изменение психики ясно выражено у нашего больного и может доходить до резкого духовного оскудения. Особенно обращает внимание мелочная старательность в деталях при неспособности к самостоятельной работе, преобладание повседневного круга представлений при полном пренебрежении но отношению к понятиям более отдаленным и более общего характера, в соединении с симптомом, отмеченным Samt'ом, “восхвалении родных” — равнодушие к чужим и подчеркнутая привязанность к родным. Частая (отмечаемая и в нашем случае) наклонность к религиозной окраске бреда и своеобразная преисполненность надеждами имеют свой источник в смутном стремлении найти какое-нибудь утешение в своем тяжелом недуге.

Генуинная эпилепсия — всегда очень серьезная болезнь. Возможно, что в некоторых случаях с лечением или без него наступает полное выздоровление, хотя относительно этого вследствие сомнительности отграничения от других форм невозможно высказаться с полной несомненностью. Большинство больных постепенно приходят в состояние описанного выше своеобразного слабоумия; в значительном числе случаев течение болезни более тяжелое и больные погибают при учащении припадков. Наиболее действительным средством против припадков оказались бромистые соли в различных соединениях, которые следует давать в течение годов по 4—5 грамм ежедневно. Их действие значительно подкрепляется ограничением употребления поваренной соли, так как, по-видимому, бром из своих тканевых соединений вытесняется хлором.

---

[1] Больной умер через 10 лет в больнице, где у него продолжались припадки и изменения настроения с бредом толкования; он работал и рисовал, но сделался совсем слабоумным.

Далее рекомендуется по возможности избегать пищи, образующей мочевую кислоту, и проводить по возможности растительную диету.

Большое богатство болезненными явлениями представляет 32-х летний пивовар (случай 50), который переведен к нам из тюрьмы. Он был в пьяном виде в 5 часов утра удален из трактира, сильно шумел и в заключение, когда его должны были арестовать несколько городовых, он неистово кричал, бился и кусался. Хотя он позднее утверждал, что он о всей этой истории ничего не помнит и что с ним случился "припадок", его приговорили к 14-ти дням заключения, так как описание эпилептического припадка у Krafft Ebing'a не подходило к его состоянию. К концу срока наказания больной сделался очень возбужденным и агрессивным, кричал, что дьявол в его камере, разрушал, что попадалось под руку, был затем связан и привезен в клинику в смирительной рубашке. Здесь он дал правильные сведения о своей личности, но был заметно оглушен, дезориентирован в окружающем и в последних происшествиях, говорил, что он видел свою мать и Господа Бога, в прекрасной колеснице ездил но небу, слышал пение, имел сильный страх. При клинической демонстрации он принимал практиканта за ангела, меня за "дорогого отца, который подает нам всякие блага", думал попеременно, что он находится то в раю, то в больнице, то в заключении. В следующие дни появились еще видения зверей; он видел жуков, крыс и мышей, людей без головы, которые его били кнутами, слышал военную музыку. Через немного дней сознание прояснилось и прежде всего он признал болезненными видения зверей, между тем как к своим переживаниям на небе он смог отнестись критически только десятью днями позднее.

Коренастый, крепко сложенный больной ведет себя, как Вы видите, правильно и дает, хотя и слишком обстоятельно, правильные сведения о своем прошлом и о своих состояниях. Из соматических расстройств можно отметить лишь старый рубец после укуса на языке и чувствительность при давлении на нервные стволы алкогольного происхождения. Мы узнаем от нашего больного, что он с одиннадцатилетнего возраста страдает падучей болезнью; она появилась у него после скарлатины. Припадки бывают иногда ежедневно. Появляется кружение в голове, затем он более ничего не ощущает, падает, как ему говорили окружающие. Это могло продолжаться 2-3 часа; после того несколько болела голова и он ничего не помнил, что с ним было. Бывают у него и легкие припадки, при которых ему быстро вступает в голову, причем он теряет соображение и снова приходит в себя. Это часто бывает в течение последних лет и длится несколько минут; при этом он не падает. Настроение у него веселое, он надеется скоро выздороветь, по отношению к врачу добродушен, доверчив. О своем будущем он думает мало. Пил он соответственно своей профессии очень много; его жизнь протекала очень неспокойно. Он неоднократно подвергался наказаниям за нанесение побоев и порчу имущества, которые он производил, находясь в состоянии сильного возбуждения. Однажды ночью он был застигнут на чужом дворе и, не говоря ни слова, нанес несколько ударов ножем супружеской паре, которая его там окликнула. Он утверждает, что ничего не знает об этом деле.

При наблюдении в клинике мы могли прежде всего констатировать обыкновенные очень сильные судорожные припадки, далее простые кратковременные обмороки, затем им самим описанные очень легкие и мимолетные помрачения сознания, которые обыкновенно обозначают термином — "absence". Во время разговора он внезапно говорит "вот это находит, теперь у меня все путается, делается темно в глазах". Выражение его лица делается оцепенелым, он прислоняется к стене и бормочет несколько бессвязных слов. Через несколько секунд он говорит: "так, теперь лучше, теперь это прошло". В связи с судорожными припадками до или после них, наступали приступы ярости с глубоким помрачением сознания, во время которых он не узнавал окружающего, безудержно неистовствовал и бил все вокруг. Очевидно подобное состояние привело его к последнему заключению в тюрьму. Мы знаем, что у эпилептиков такого рода состояния возбуждения с оглушенностью особенно часто вызываются алкоголем. Тогда говорят о "патологических", или лучше, об "ажитированных" состояниях опьянения, при которых волевое возбуждение во время помрачения сознания продолжает оставаться, вместо того чтобы быть смененным, как это обыкновенно бывает, явлениями паралича:

Как наиболее легкую форму припадков, можно было наблюдать у нашего больного очень частые изменения настроения, при которых обыкновенно добродушный и веселый человек начинал ворчать, чувствовал себя обиженным, требовал скорого освобождения, угрожал все разбить и временами делался агрессивным. Через несколько часов, не позднее следующего дня, он снова делался ласковым, начинал немедленно прилежно работать и имел вполне ясное понимание относительно того, что он был болен. Наконец, у него наблюдались своеобразные делириозные состояния, "грезы" как он их называл. Одну ночь ему представилось, что он был в доме своей замужней сестры, видел свою умершую мать, в другой раз ему казалось ночью, что ему отчим дает деньги. "Другой раз думаешь, где же собственно, Господи, я нахожусь, меня же еще не выписали из больницы и я не убежал. Откуда же у меня деньги, и я все же не смею выпить"! Однажды больной оказался во время своей работы стоящим вверху на оконной решетке, не понимая, как он туда попал. Другой раз его видели лежащим в кровати, теребящим одеяло однообразными движениями и непонятно что-то про себя бормочащим, по-видимому в состоянии тяжелого оглушения. Как уже было упомянуто, злоупотребление алкоголем играло у нашего больного важную роль. Не говоря о том, что дети пьяниц очень часто делаются эпилептиками, эпилепсия обыкновенно заметно ухудшается от пьянства. Мало того уже незначительное, случайно выпитое количество алкоголя может оказаться для эпилептика роковым, вызывая припадки, состояния "ажитированного" опьянения или сумеречные состояния сознания — все это, по-видимому, во время расстройства настроения. В данном случае выступили, наконец, в связи с

сумеречным состоянием, имевшем место в тюрьме, болезненные явления, которые должны быть рассматриваемы как алкогольное делириозное состояние (видение зверей, военная музыка), в то время как предшествовавший религиозный бред принадлежит эпилепсии. Интересно, что явления первого порядка были быстрее корреги-рованы больным, чем последние.

Само собою разумеется, что эпилептикам должно быть настоятельно рекомендовано постоянное, полное воздержание от спиртных напитков.

Лечение ежедневными приемами 5 грамм бромистого натра не дало у нашего больного почти никакого результата; также и применение опия в восходящих дозах, до 6о капель 3 раза в день с внезапной заменой 12 граммами брома, как это рекомендовалось, оказалось безуспешным. Между тем не исключается, что посредством длительного применения бромистых солей в связи с целесообразной диетой еще может быть достигнуто известное улучшение[1].

Редкую возможность непосредственно наблюдать течение эпилептического припадка Вам вероятно представит 25 летний купец (случай 51) который будет доставлен лежащим в постели. Он привезен в клинику 4 дня тому назад, так как дома у него появился ряд тяжелых судорожных припадков, которые продолжались у нас в возрастающем количестве. Между тем как в день приема наблюдалось 7 припадков, в следующие 24 часа их было сорок четыре, затем 68 и вчера даже 100 припадков; с сегодняшнего утра насчитано их уже 14. Больной представляется утомленным, несколько оглушенным, медленно усвояет впечатления, но ориентируется во времени и окружающем. Речь его звучит неясно, смазанно. Правая носогубная складка немного сглажена, сила правой руки и ноги заметно понижены. Сухожильные рефлексы — живые, справа несколько сильнее, справа удается получить клонус стопы. Зрачки реагируют; исследование глазного дна обнаруживает слева несколько старых кровоизлияний. В моче нет ни белка, ни сахара. Температура тела позавчера достигла быстро при потрясающем ознобе — 39,6, но также быстро снова упала: сегодня утром — 36,4. Счет белых кровяных телец дал вчера 22000 в кубическом миллиметре, следовательно значительно более, чем вдвое сравнительно с нормой. Это явление, сущность которого еще недостаточно выяснена, является почти постоянным, хотя и быстро преходящим, сопутствующим симп-томом при тяжелых эпилептических припадках. Вассермановская реакция в крови не обнаружена.

В то время как мы занимаемся с больным, мы замечаем, как он внезапно судорожно напрягается, поворачивает голову направо и скашивает глаза так, что они попадают в положение самой крайней конвергенции. Через несколько секунд начинаются быстро усиливающиеся подергивания в правой руке и в обоих ногах, между тем как левая рука не принимает участия, голова отбрасывается толчками вправо; дыхание делается тяжелым, хрипящим; лицо синеет, на губах собирается пенистая слюна. Зрачки широки и не реагируют на свет. Уколы булавкой не вызывают никакой болевой реакции. Постепенно сила судорог ослабевает, дыхание становится свободнее, цианоз исчезает и приблизительно через 1 ½ минуты больной лежит спокойно с расслабленными членами, без сознания и лишь постепенно приходит в себя. Немедленное исследование рефлексов не обнаруживает, кроме исчезновения правого подошвенного рефлекса, никакого уклонения отданных прежнего исследования. Рефлекс Бабинского, который появляется нередко после эпилептических припадков, не обнаруживается.

То, что Вы здесь видели, в общем отвечает обычному течению припадка. Иногда эпилептический припадок начинается пронзительным криком, часто также ему предшествуют разного рода ненормальные ощущения: зуд, оглушение, поднимающийся жар или холод, жужжание или звон в ушах, искры в глазах. При судорожных жевательных движениях во время припадка язык легко попадает между зубами и может быть серьезно поврежден; временами бывает непроизвольное мочеиспускание и даже извержение кала. Несколько необычным является в данном случае более сильное участие правой стороны тела, и то, что после припадка остаются легкие явления паралича. Более узко ограниченные судорожные припадки с параличами или без них в общем указывают на обусловленную очагами в коре Jackson'овскую или корковую эпилепсию, но расстройства, которые мы здесь видим, нередко наблюдаются и при генуинной эпилепсии, так как лежащие в основе ее изменения в мозгу могут быть сильнее выражены, на одной стороне.

Состояние, которое образовалось у больного с накоплением судорожных припадков, мы называем: status epilepticus. Он сопряжен с серьезною опасностью для жизни, с которою должно бороться всеми средствами. Прежде всего применением успокоительных средств стараются уменьшить частоту припадков, хотя они представляют из себя лишь сопровождающее явление угрожающего состояния. Действительными и безвредными следует считать клизмы из амиленгидрата по 6,0, далее вливание 20-30% раствора бромистых солей до 30,0. При часто наблюдаемом тяжелом расстройстве дыхания можно применить кислород, для поддержки сердечной деятельности, в случае нужды, кофеин и дигиталис. Наконец, исходя из того соображения, что вредные продукты обмена следует удалять из организма, можно прибегнуть к кровопусканию с последующим вливанием раствора поваренной соли или без этого. Хотя опасность смертельного исхода при status epilepticus и очень велика, в данном случае, при котором мы применили указанные мероприятия, регулярное возвращение сознания между отдельными припадками указывает на то,

[1] Больной был переведен в больницу.

что мы можем рассчитывать на благоприятный исход[1].

Если мы теперь бросим взгляд на анамнез нашего больного, то мы узнаем, что он наследственно не отягощен; будучи 3-х месячным ребенком, несколько дней страдал судорожными припадками, в школе учился сносно и с 17 лет заболел частыми, скоро преходящими, припадками головокружения. Только полгода или год позднее появились судорожные припадки с потерей сознания, которые повторялись небольшими сериями с промежутками в несколько недель. Они начинались криком, после них больной бывал короткое время спутан и потом засыпал. Бывали и ночные припадки с падением с кровати. Временами больной бывал беспричинно раздражителен, однажды говорил, что он должен убить свою мать. В первый раз больной поступит в клинику 1,5 года тому назад, после того как он проделал бесцельное путешествие и высказывал пресыщение жизнью. Он тогда произносил совершенно спутанные речи с религиозной окраской и имел несколько припадков, при которых все конечности участвовали равномерно; голова и глаза при этом поворачивались влево. Уже на другой день после приема в клинику сознание больного прояснилось, и он сообщил, что перед припадками он ощущает теплоту в груди и часто повреждает себе язык. О своем поступлении и о непосредственно предшествовавших этому событиях он не имел ясного воспоминания и думал, что был не совсем в сознании. Спиртных напитков он почти вовсе не употреблял.

Также и у этого больного мы встречаемся с известным разнообразием заменяющих друг друга болезненных явлений. Кроме судорожных припадков, которые представляли небольшие особенности, у него бывали простые приступы головокружения, далее изменения настроения и легкие сумеречные состояния, частью вслед за припадками, частью как вступление к ним. Кроме того, у больного заметно проявлялись тугоподвижность мысли и обстоятельность, которая его побуждала к пространным рассказам о своих семейных делах. Эта особенность очень ясно выступила при ассоциативном эксперименте, который мы у него ставили таким образом, что его просили на данное слово тотчас же сказать первое, что ему придет на ум. Прежде всего уже промежутки времени, которые протекали до его ответов были необыкновенно длинны по сравнению с нормой; из 100 наблюдений половина дала более 4 секунд, четверть даже 6 секунд и более того. Затем, больной прежде всего повторял каждое слово — раздражитель, как бы для того чтобы его хорошенько усвоить. Наконец, он давал в своих ответах почти всегда подробные, хотя часто очень бедные содержанием определения понятий. Привожу примеры: “маленький — маленьким называют человека, который имеет маленький рост, маленькую фигуру”, “много — много, когда имеют большую часть, называют это также — много”, “солдат — солдат это военный человек”, “остроконечный — остроконечный это бывает у палки и у трубки и еще у других вещей”, “упражняться — упражняться значит делать упражнение”. Беспомощность самой мысли и речевого ее выражения, как и бедность запаса представлений бросается в глаза. У других эпилептиков наблюдаются ассоциации, у которых отсутствует какое-либо отношение к слову — раздражителю, ассоциации, которые связаны с раньше сказанным словом только по созвучию, далее однообразные повторения одних и тех же ответов или ассоциации, имеющие отношение к собственной, личности — признак малоподвижности, скудости и сужения круга представлений у этих больных. В заключение упомянем, что в данном случае также обнаружилась свойственная эпилептикам наклонность к религиозному ходу мыслей. Помимо наблюдавшегося здесь сумеречного состояния, при котором больной много говорил о небе, Боге и Христе, он сам объяснял, что во время расстройства настроения его успокаивали церковные обряды и прекрасные песнопения.

XVIII лекция

Психогенные душевные расстройства

До сих пор в наших наблюдениях мы познакомились с рядом соматических вредных агентов, которые могут вызывать душевные расстройства. Мы говорили далее о болезненных формах, причины которых пока неизвестны, но вероятно коренятся во внутренних изменениях в организме. Напротив, мы едва коснулись той области болезнетворных агентов, которой в этом отношении издавна придавалось особенно большое значение — а именно душевным влияниям. В действительности они играют сравнительно незначительную роль в происхождении помешательства и должны быть рассматриваемы по большей части лишь как вызывающий повод при заболеваниях, подготовленных другими причинами. Но даже там, где о них можно говорить как о действительной причине расстройства, как правило удается обнаружить, что благоприятную предпосылку для их действия образовало болезненное предрасположение.

Вы сегодня видите перед собою жену купца 41 года (случай 52), которая сидит в постели с распущенными волосами, согнувшись вперед, с лицом закрытым руками. На вопросы она сначала не дает ответа, наконец шепотом называет свое имя, осматривается растерянно кругом, что-то хватает и кричит: “прочь, прочь, там тоже злой дух! Я умертвила дитя!” С плачем она просит: “не рубите только головы,

[1] Больной в день демонстрации имел всего 68 припадков, в следующие дни 58, 23, 10 и 2 припадка и 2 недели спустя мог быть выписан. Через 2 года он еще раз проделал подобное состояние, но значительно более легкое; число припадков составляло по дням 5, 45, 14 и 2.

только головы не рубите”: и затем причитает тихо про себя: “бедный, бедный, он хочет что-нибудь сделать моему доктору и денег он также хочет, бедный! О Боже, если бы я только имела свою голову; это не моя голова, уши ли это? настоящие уши?”. Она думает, что на лбу у неё рога, хватает их. Из лежащей около нее бумаги она делает кучу вырезанных детских фигурок, пеленает куклу, сделанную из выеденной булки, набитой ватой, на шее она носит изображение мужчины, вырезанное из журнала. Она начинает играть с куклой, старается всунуть ей в рот маленькие бумажные шарики, держит ее у груди как бы для кормления и заявляет, что она умертвила, задушила своего 10-ти дневного ребенка. Ее пальцы в крови, так как она должна выцарапать из-под пола мальчика, который там находится; затем она начинает царапать пол. Внезапно она снова закрывает лицо руками и с плачем жалуется: “я не могу есть человеческого мяса, не могу; я ему должна дать денег, иначе он меня убьет”.

Если мы постараемся вступить с больной в общение, то на нее находит какая-то бессмысленность. Когда ее спрашивают, она растерянно смотрит, качает головой, хватается за лоб, хватает рукой воздух, как будто хочет что-то поймать и повторяет вопрос, прибавляя: “я не могу этого схватить”. Свой возраст обозначает 43 года, год рождения называет правильно, место нахождения — “Мюнхен, в клинике, где они снимают рога”. Года, месяца, числа она не может назвать; время она обозначает совершенно неправильно. Врача называет: “господин прокурор”.

На вопрос, больна ли она, отвечает утвердительно и прибавляет: “с головой никогда я не могу жить”. Говорит, что она незамужняя, но детей у нее много. Предметы называет правильно. Самые же простые вычисления делает неправильно, утверждает, что 2х2 = 3;3х3 = 7и начинает причитать, когда ей предлагают дальнейшие вопросы в этом роде: “О Боже, Боже! я не могу этого передать, раньше я могла все передать”. Подобный же ответ она повторяет, когда ее спрашивают о ее прошлой жизни; в то же время спутанно и бессвязно сообщает, что она задушила ребенка и бросила в мусорную корзину; ее муж давно сгнил; ее нужно бросить вниз в погреб на солому; она должна всю жизнь чистить сапоги. Показанный перочинный ножик называет часами, монету в 5 пфенингов принимает за 2 пфенинга. На вопрос, сколько у нее глаз — отвечает 7, носа у нее 3. При соматическом исследовании этой бледной и плохо упитанной больной обнаруживается полная нечувствительность всей кожи к уколам булавкой, концентрическое сужение поля зрения с обоих сторон, чувствительность при давлении в области сосков и Вассермановская реакция в крови. В цереброспинальной жидкости не обнаруживается никаких болезненных уклонений, так что нет оснований признавать сифилитическое поражение мозга.

Наиболее выдающимися чертами данной картины болезни являются — своеобразная бессмысленность и неясность сознания, отмечаемая самою больною неспособность дать сведения о своей жизни и личных отношениях, неправильные ответы на самые простые вопросы наряду с сильно развитыми фантастическими представлениями, чудовищные самообвинения, детски игривые выходки, наконец отсутствие болевой чувствительности и сужение поля зрения. Такая группировка болезненных явлений, могущая вызвать подозрение в намеренной симуляции, позволяет нам со значительной степенью вероятности предположить, что больная находится под влиянием сильного эмоционального шока. Прежде всего ясно, что неправильное решение самых простых задач на числа, неузнавание предметов ежедневного обихода, утверждение, что у нее 3 носа или 7 глаз, — при наличности умственной подвижности больной, не могут быть рассматриваемы, как признак глубокого слабоумия. Скорее мы имеем здесь перед собою “разговор мимо темы” (Vorbeirden), уклонение от правильных ответов из болезненных оснований. Такое явление может быть обусловлено негативизмом при раннем слабоумии. Но там обыкновенно даются ответы совершенно бессмысленные, никакого отношения не имеющие к вопросам, между тем как наша больная вникает в смысл речи, но видимо намеренно уклоняется от ближайшего само собою разумеющегося ответа. Это обстоятельство указывает на то, что мы здесь имеем дело с “явлением вытеснения”. Больная старается избегнуть представлений, возникающих в связи с окружающим. Такое толкование подтверждается невозможностью узнать от нее что-либо о ее положении, извращением ею временных дат, уклончивостью хода ее мыслей и живо подчеркнутыми уверениями, что она ничего не может. Как раз эта последняя черта, бесплодное старание пойти навстречу собеседнику существенно отличается от поведения негативистического больного. Нечувствительность кожи к болевым раздражениям и концентрическое сужение поля зрения также могут быть рассматриваемы, как явления вытеснения, поскольку здесь группе раздражений органов чувств закрыт доступ к сознанию.

Причиной вытеснения являются обыкновенно эмоциональные влияния, непреодолимое желание избегнуть известного рода соприкосновений с внешним миром. Мы здесь имеем дело с одной из форм выражения известного явления, что неприятные душевные переживания помрачают сознание и расстраивают восприятия, способность запоминания и рассуждения. Какого рода влияния могли здесь иметь место, которые могли бы вызвать стремление к вытеснению, можно заключить с известной долей вероятности, как из некоторых выражений больной, так и из общего опыта, что подобного рода расстройства чаще всего наблюдаются у подследственных заключенных. Мы слышим, что больная обвиняет себя в детоубийстве, врача называет прокурором и говорит об угрожающем ей наказании. Можно таким образом предположить, что она совершила наказуемое деяние, хотя ее показания, именно вследствие наклонности к вытеснению, вряд ли соответствуют действительному содержанию дела.

Из краткого анамнеза мы узнаем, что отец нашей больной был почтенный человек, между тем как брат матери, а также брат больной были алкоголики; сестра страдала эпилепсией. Больная училась хорошо,

вышла замуж 11 лет тому назад и стала сильно пить, будто бы вследствие желудочных спазмов. Она была любительницей удовольствий, делала долги, вела себя слишком свободно в половом отношении, после того как разошлась со своим мужем; в это время она заразилась сифилисом. Выдавая себя за незамужнюю, она поддерживала несколько любовных связей, между прочим с одним врачом, у которого она старалась вымогать деньги под предлогом, что он произвел у нее выкидыш и обещал ей большую сумму денег. Она имела 6 выкидышей; один ребенок умер маленьким от слабости, другой живет. Так как врач относился уклончиво к ее требованиям, то она подделала под руководством какого-то темного господина несколько векселей на его имя и совершила ряд других мошенничеств, которые и привели ее в тюрьму 6 месяцев тому назад. В заключении, которое было прервано 4-х недельным пребыванием в психиатрической больнице, у нее развилось постепенно нынешнее состояние. Больная и раньше отличалась наклонностью к хвастовству, лжи и произвольным прикрасам своих рассказов. Кроме того, она была очень раздражительна, приходила временами в состояние бессмысленного бешенства, бросалась на пол с пеной у рта, дико била все вокруг себя.

Если мы спросим больную относительно подделки векселей и участников этого дела, то мы натолкнемся на полное отрицание. Она решительно ничего об этом не знает, не знает этих лиц, и снова возвращается к тому, что она со своим “Сеппи”, врачом, убивала детей и поэтому находится под следствием; ей отрубят голову, ее бросят в темный погреб. Своего мужа она застрелила. Замечательно, что в течение эфирного наркоза, при котором она пришла в состояние сильного возбуждения, она весьма метко и остро высказывалась о каждой отдельной из многочисленных связанных с ее делами личностей; новое доказательство того, что теперешний отказ от ответов является следствием вытеснения. Здесь можно бы подумать о намеренном отказе, который вероятно без заметных границ переходит в болезненное вытеснение. Между тем бессмысленность и нелепая нецелесообразность всего поведения, далее его однообразное постоянство, однообразие клинической картины у самых разнообразных больных, отношение к другим несомненным формам проявления вытеснения — не оставляют никакого сомнения в том, что мы здесь имеем дело с непреодолимыми действиями, не направляемыми ясным размышлением. Совсем нередки при этом, как и в данном случае, преувеличенные самообвинения, которые становятся до известной степени на место вытесненного сознания вины и заменяют собой стремление себя обелить. Значение подобного рода картин болезни впервые было точно оценено Ganser'ом; поэтому мы говорим о “Ганзеровских сумеречных состояниях”. Их продолжительность обыкновенно не велика, но случайно они могут затянуться на несколько месяцев, иногда с сильными колебаниями. Если душевное напряжение исчезает, вследствие ли падения обвинения или благодаря осуждению или помилованию, то быстро исчезает и душевное расстройство. Так как в нашем случае нельзя ожидать скорого окончания судопроизводства, то мы вероятно должны еще рассчитывать на значительную продолжительность болезненных явлений[1].

Очень странную картину представляет 49-тилетняя незамужняя портниха (случай 53), которая вчера после обеда была к нам доставлена. Она судорожно прижимает левую руку к груди и затем начинает целовать и поглаживать руку, восклицая: “так ты, мой дорогой”; затем она вращает предплечье туда и сюда и говорит: “смотрите, как у меня двигается рука”. Теперь она двигает и правую руку; при этом она объявляет: “рука у меня качается, вы можете в этом убедиться. Это было еще не так легко, и это не так долго будет оставаться, это будет обнародовано”. На вопрос, что это обозначает, она отвечает: “я не могу ничего другого представить себе, кроме того, что это Младенец Иисус пражский”, она его держит на руках уже 3 недели. Как будто, чтобы убедиться в этом, она спрашивает левую руку: “правда 3 недели”? Затем трясет правую руку со следующим вопросом: “не четыре ли это недели?” Только после вопроса о 5 неделях, пальцы правой руки сильно согнулись и больная заявляет: “видите, теперь Младенец Иисус говорит — да”.

Нет никакого затруднения войти с больной в более близкое общение. Она рассудительна, ориентирована, охотно дает правильные ответы. Мы узнаем от нее, что ее брат умер в 40 лет от “воспаления мозговых оболочек”. В детстве, однажды, увидела она маленького ребенка, лежащего рядом с ней в кровати, который внезапно исчез; она и теперь думает, что это было в действительности. 13-ти лет она упала с сарая на левый бок, была без сознания семь дней и затем в течение 13 недель был левосторонний паралич; затем она совершенно выздоровела. Она всегда была очень набожна и прилежно говела. С 32-х лет она начала половую жизнь, жила с различными мужчинами вплоть до последних 3-х месяцев. Родила 4 раза, каждый раз мертвых детей. После одной ссоры ей пришло в голову, что так дальше не может продолжаться. Она поэтому снова пошла к исповеди, чего перед тем долго не делала, и вступила в религиозный орден. 2 месяца тому назад она получила заражение крови на левой ноге и должна была лечиться по предписанию врача теплыми обертываниями. Тогда пришла к ней женщина, которая утверждала, что она к ней послана. Эта женщина назначила холодные обертывания, которые действительно помогли. Эта женщина имела с давних пор видения святых и обладала поэтому даром ясновидения. Она рассказывала, что слышала голос Бога, Спасителя, Богоматери, святых и показывала записи этих голосов; у нее был полный чемодан печатных писаний собственного сочинения, хотя сама она вовсе не могла писать. Происходили заседания, во время

[1] Так как больная не могла присутствовать на суде, судопроизводство было временно отложено. Затем она проделала правосторонний плеврит и поступила к нам через 8 месяцев после первого приема в таком же состоянии, как теперь. Только еще через 3 месяца, которые она провела в психиатрической больнице, сознание ее совершенно прояснилось и она стала критически относиться к прежним фантазиям.

которых эта женщина с закрытыми глазами с особенным выражением сообщала то, что ей было открыто свыше. Она получила повеление основать в Праге убежище для чудесного исцеления под названием “Heilkomfort”, для чего она собирала деньги. Для этого плана она заполучила 6 женщин, из которых одна пожертвовала 900 марок; эта женщина тоже видела младенца Иисуса, Матерь Божью, свет неизреченный.

Наша больная также начала, после того как услышала это описание, видеть свет перед сном. Затем зашевелилось у нее в левой руке, и она заметила, что у нее там родился “Младенец Иисус пражский”, о котором она незадолго перед тем прочла в молитвеннике. При чтении ее рука внезапно поднялась и стала вместе с ней читать; затем рука задрожала, так как ей было холодно, пока больная ее тепло не укутала; так она лежала спокойно всю ночь, как дитя в свивальнике; в руке было ощущение, как будто что-то дышало. В последние дни больная видела на своем одеяле массу прекрасных цветов. Затем все заблестело и засверкало в великолепнейших красках; это был плащ Младенца Иисуса. Его самого видела она несколько раз во сне; его голоса она не слышала, но получала ответы на свои вопросы посредством движений в руках. Несколько раз она должна была быстро, сильно дышать на свою левую руку, ей тогда казалось, как будто она вдыхает жизнь в ребенка. Святой дух также нисходил к ней, он появлялся внезапно среди ночи и сильно потрясал, как ветер, обе ее руки. В ней находится высшее существо, так что она своей собственной воли больше не имеет. При этом она чувствует себя счастливой, слишком счастливой. Женщине, которая ее обратила, она сделала небольшой денежный подарок и дала бельё. Она больше не работала, покупала четки, молитвенники, медальоны и собирала вокруг себя подростков.

Все эти сведения больная сообщает с большой словоохотливостью. К нашим возражениям относится довольно недоверчиво, ссылается каждый раз на то, что все ее знакомые верили в ту женщину и давали ей деньги; одна из них сама видела святого духа. Ее излечение также было очевидно, и вещие откровения оправдались. Ее способность суждения не велика, ее доводы поверхностны. Соматическое исследование хорошо упитанной, несколько бледной больной не дает заметных уклонений от нормы. История возникновения данной болезни ясна. Необразованная, довольно неумная больная, издавна склонная к вере в чудесное, попадает под влияние особы, которая будто бы имела отношение к сверхъестественному, вступала в общение с Богом и святыми и пророчествовала. Была ли это больная или просто обманщица мы не знаем; первое более вероятно. Во всяком случае она собрала вокруг себя небольшую общину, которая восприняла ее идеи и верила, что переживает чудесное; эта община на деле доказывала свою приверженность доброхотными пожертвованиями на будто бы благоугодное, большое предприятие. Именно такое общество, как это всегда бывает, дало благоприятную почву для взаимного влияния; восприятия одной из участниц очень быстро вызывали подобные же восприятия других. Мы обозначаем такую передачу болезненных расстройств от одной личности к другой названием: “индуцированное помешательство”. При этом по самому ходу дела обычно бывает, что первоначально заболевшая, индуцирующая личность обладает более сильной волей. Обыкновенно дело идет о параноиках (случай 58) или кверулянтах (случай 60), бредовые идеи которых, защищаемые с большой энергией, обыкновенно не слишком далеко выходят за пределы возможного. Особенно легко находят отклик в чужом сердце идеи величия, так как они открывают пленяющие надежды на участие в будущем блаженстве, подобно лотерее. В религиозной области, которая и без того принадлежит вере и пробуждает сильные эмоции, внушение наталкивается на наименьшее сопротивление, так что сравнительно легко дело доходит до образования небольших групп, которые окружают мнимого пророка, воодушевляются его словами и в конце концов доходят до соответствующих переживаний. Индуцируемые являются обыкновенно людьми со слабой критикой; легко поддаются влиянию, и обладают наклонностями, которые соответствуют направлению духа вождя. Так, мы слышим от нашей больной, что уже в детстве она имела замечательное видение и наряду с невоздержанностью всегда отличалась религиозностью. Наступивший после падения на стороне ушиба, позднее бесследно исчезнувший паралич был очевидно психического происхождения и свидетельствует о сильном влиянии, которое могут производить на больную душевные потрясения.

Признание, что мы здесь имеем дело с индуцированным помешательством, дает нам возможность предсказать дальнейшее развитие этого болезненного случая. Мы должны определенно ожидать, что с разобщением от индуцирующей личности эти своеобразные расстройства быстро исчезнут, хотя и не всегда появляется настоящее, критическое отношение к болезненным представлениям. Таким образом, вероятно наша больная в течение короткого времени освободится от своей одержимости пражским Младенцем Иисусом[1].

Не всегда расстройства, возникающие психическим путем, бывают так фантастичны и ярки, как в обоих представленных случаях; иногда они могут быть так неопределенны, что бывает трудно распознать их истинную природу. 35-ти летняя жена купца (случай 54), которая по моей просьбе готова рассказать о своей болезни, сообщает нам, что у отца ее матери был паралич ног, у матери же ее отца, а также у тетки было душевное расстройство. В детстве она была здорова, только очень боязлива и временами легко возбудима. В

[1] Больная в ближайшие ночи ощущала несколько раз чувство холода, восходящее от ног, причем ей слышался шум как бы локомотива. Вместе с тем она должна была производить руками как бы движения веслами и произносить молитвы помимо своей воли. Она это считала за действия святого духа и нашла, что замечательно, в своей палате много верующих, которые видели, что врывающийся в окно ветер сообщал движения ее рукам. Через неделю все странные явления исчезли, также и в руке, но больная все еще не верила, что она была жертвою обмана чувств.

21 год вышла замуж и родила двух здоровых детей, которым теперь 12 и 10 лет. После первых родов сделался перегиб матки, который вызвал необходимость употребления пессария. Уже лет десять больная замечает при ходьбе сильную утомляемость в ногах. В начале она могла еще гулять в течение часа, но постепенно слабость наступала все быстрее и была все больше. Три—четыре года тому назад к этому присоединились боли в голове и спине. В течение последних двух лет больная делалась все более неспособной к какому-нибудь напряжению: лежала без дела, не посещала больше общества, сидела все время дома. При попытке ходить она чувствовала себя уже через четверть часа настолько слабой и утомленной, что обязательно должна была сесть или лечь; бывали ощущения обморока. Год тому назад у нее была тяжелая инфлуенца. После того слабость увеличилась и распространилась также и на руки, особенно правую. Она уже не могла справиться с самой легкой домашней работой, не могла шить или вязать. Всякая попытка преодолеть слабость посредством напряжения воли и хотя в самой скромной мере повысить работоспособность терпела неудачу, в виду появления чувства непреодолимой усталости, связанной с дрожанием в руках и коленях. Равным образом все лечебные мероприятия, применявшиеся в течение ряда лет, не дали стойкого результата. Правда, в посещавшихся больной санаториях и курортах ей сначала становилось несколько лучше, но очень скоро старые недуги возвращались и даже усиливались. В заключение она прибегала к помощи целителя естественными силами природы, который лечил ее обертыванием глиной и ваннами, но также безрезультатно. Сон становился хуже, настроение часто плаксивое. При таких обстоятельствах у больной укрепилось убеждение, что ей больше ничего не поможет. Тем не менее она решила поступить к нам, так как она случайно услышала о другом случае, по ее мнению похожем на ее болезнь, лечение которого дало здесь благоприятный результат. Этот анамнез сначала как будто не дает основания думать о чисто душевной болезни; скорее можно предполагать возможность какой-нибудь исподволь развивающейся спинномозговой или нервной болезни. Для выяснения дела нам следует естественно предпринять соматическое исследование больной, которая выглядит цветущей, хорошо упитанной. Кроме некоторого повышения коленных рефлексов, как это весьма обычно бывает у легко возбудимых субъектов, больная не представляет ни малейшего болезненного уклонения. С другой стороны, при более подробном рассмотрении характера болезненных явлений мы видим, что больная относится всегда с напряженным ожиданием и большой тревогой к своему “уроку” — пятнадцатиминутной прогулке — и с часами в руке устанавливает момент, когда силы начинают ее оставлять. Все ее прежние интересы к природе, обществу, чтению, музыке, — мало-помалу поблекли перед большим вопросом, сколько бы времени она могла еще потерпеть; этим заняты ее мысли, когда она валяется без дела. При этом описании болезни ее глаза наполняются слезами, но несколько ободряющих слов быстро осушают эти слезы.

Из этих данных ясно, что больная мучается тревожными опасениями, которые направляют все ее внимание на исполнение “урока”. Что такие опасения значительно уменьшают силу и уверенность движений, — доказывает повседневный опыт: головокружения на узком мостике, дрожание колен при страхе, неловкость, причиняемая смущением. Напрашивается таким образом мысль, что как раз мучительное самонаблюдение больной, ее отчаянное малодушие и являются причиной ее несостоятельности. За это могла бы говорить также и безрезультатность различных способов лечения, которые ограничивались обыкновенными средствами: ваннами, электричеством, массажем, водолечением, лекарствами, но не могли прочно изгнать скрытого страха перед ухудшением страдания.

Если такое толкование правильно, то можно было бы говорить об “ипохондрическом” способе возникновения расстройств. Но ипохондрия, необоснованный страх болезни, есть, как это мы теперь знаем, неопределенный признак, общий для самых различных заболеваний. Если мы хотим подойти к более глубокому пониманию данного случая, то мы должны постараться выяснить причину опасений, тревожащих больную. Прежде всего можно было бы подумать о состоянии легкого циркулярного расстройства настроения, при котором мы встречаем как обычное явление — недостаток доверия к своим силам, ипохондрические представления и недостаток решимости. Но здесь нет течения приступами, перед нами медленно прогрессирующее страдание, при том же наша больная обыкновенно вовсе не тосклива, а лишь подавлена своей несостоятельностью. Равным образом, здесь не может быть речи и о бессознательных проявлениях эмоционного напряжения другого происхождения, с которыми мы впоследствии ознакомимся как с выражением истерии. — Здесь дело идет лишь о страхе перед неудачей, который оказывает ежедневное неблагоприятное влияние на успешность действия. Известное объяснение этому дает нам тот факт, что больная всегда была очень нерешительна и не обладала доверием к своим силам.

Действительно, это источник, из которого берет начало целый ряд “психогенных” расстройств. Едва ли есть хоть одна сторона деятельности, которая не могла бы быть задета этого рода расстройствами. Помимо стояния и ходьбы бывают, расстройства письма, глотания, зрения, мочеиспускания, заикание, известные расстройства засыпания, некоторые формы психической импотенции. Во всех этих случаях напряженное тревожное ожидание тормозящие действует на выполнение функции; отсюда название: “невроз ожидания”. Конечно, такой способ возникновения для самого больного часто бывает скрытым. Страх облекается в форму слабости или чувства головокружения, неуверенности, сердцебиения, беспокойства, иногда болей и ложных ощущений, которые могут иррадиировать и симулировать соматическое страдание. В самых тяжелых случаях, описанных Moebius'ом под названием: “Akinesia algera”, движение может сделаться совершенно невозможным вследствие тотчас наступающих сильных болей.

Исходным пунктом страдания служит обычно какое-либо случайное расстройство данной функции,

которое беспокоит больного и привлекает на себя его внимание. Обусловленное этим обстоятельством ухудшение увеличивает тревогу и таким образом постепенно развивается неизлечимое взаимодействие, которое ведет к прогрессивному ухудшению болезненных явлений. Что именно в нашем случае дало первый толчок к развитию заболевания не может быть твердо установлено; быть может, это было ощущение слабости, оставшееся после родов, которое заставляло больную беречь себя и постепенно уничтожило доверие к собственной работоспособности. Само собою разумеется почва для этого должна была быть подготовленной; всегда дело идет в таких случаях о натурах боязливых, склонных к тщательному самонаблюдению.

Распознать сущность страдания — значит получить возможность ему противостоять и даже вовсе устранить. Прежде всего имеет значение выяснить самой больной описанные здесь взаимоотношения и убедить ее в том, что здесь дело идет не о телесном и не о неизлечимом страдании, а исключительно о следствии ее боязливости. Из этого само собою следует, что ей не могут помочь методы лечения, которые непосредственно не повышают ее доверия к себе и не устраняют ее тревоги. Единственный путь, который ведет к этой цели, это психическое успокоение путем ободрения, иногда в форме легкого гипнотического внушения и затем упражнение сил вместо их оберегания, которое лишь еще более вредило работоспособности. Мы будем рекомендовать больной делать регулярные попытки ходьбы и планомерно повышать под нашим руководством со дня на день ее усилия. Болезнь вероятно придет к быстрому и длительному улучшению[1].

XIX лекция

Истерические душевные расстройства

Из области заболеваний, возникающих вследствие душевных влияний, выделяется обширная группа болезней, которые мы называем "истерическими". Название происходит от предполагаемых отношений этих расстройств к половой жизни, что в известных пределах действительно существует, правда совершенно в другом смысле, чем это принималось раньше. Общая особенность истерических явлений заключается в необыкновенной легкости и разнообразии, с которыми эмоциональные процессы влияют на душевную деятельность и на соматические состояния. Так возникают, с одной стороны, помрачения сознания, делириозные состояния, изменения настроения, состояния возбуждения, с другой — расстройства ощущений, параличи, судорожные припадки, всякого рода расстройства движения, далее болезненные уклонения в иннервации сосудов и в деятельности желез.

Совершенно простой повседневный пример истерического заболевания представляет 17-ти летняя девушка (случай 55), которая доставлена к нам 10 дней тому назад. Больная в детстве развивалась правильно, в школе училась средне, была прилежна, послушна, бережлива, правдива и при том весела и общительна. 6 или 7 недель тому назад она подошла к постели молодой соседки, которая страдала "сердечными судорожными припадками", и хотела с ней поговорить. Та вдруг ударила ее по лицу; больная испугалась и упала в обморок. Когда она возвратилась домой, у нее некоторое время дрожали руки и плечи. Это повторилось и на следующий день; у нее делалось стеснение в груди, не хватало дыхания и она снова теряла сознание. Подобные припадки повторились еще через несколько дней два раза, так что ее должны были принести домой. Она чувствовала утомление и головокружение, ощущала дурноту. Вследствие этого ее поместили в больницу, где она и находилась последние две недели перед поступлением к нам. Там она имела припадки раза 4 или 5. По большей части к вечеру, она начинала возбуждаться, стремилась вставать, бродить по комнате, делала вид, что хочет выскочить в окно, вытягивала руки, затем судорожно их сжимала; после ничего не помнила, что с ней было.

Больная среднего роста, умеренного питания; при соматическом исследовании помимо систолического шума в сердце не представляет особых уклонений. Коленные рефлексы живые, конъюнктивальный и глоточный — ослаблены, кожная чувствительность не расстроена. Больная хорошо воспринимает, спокойна, при ясном сознании, держит себя просто и естественно и охотно дает о себе сведения. Она сообщает, что двоюродный брат со стороны матери с 4-х лет страдает "припадочной болезнью", сама она была всегда человеком веселым, но легко возбудимым и вспыльчивым, любила удовольствия; в синематограф она ходит "ужасно охотно". Менструации появились в 14 лет и были всегда правильны. Появление припадков она описывает согласно сообщениям близких. В больнице ее раздражали другие больные, которые говорили глупости, смеялись и пели. Перед припадками ей делается жарко, появляется ощущение, как будто ей не хватает воздуха, и тогда она теряет сознание. После припадка она чувствует себя утомленной и болит голова. Настроение ее в настоящее время несколько подавленное, она думает, что может быть она уже не вылечится от припадков; в последнее время она за собой больше ничего не замечает. Во время пребывания в

[1] Больная скоро усвоила полное понимание сущности своего страдания и могла через 6 недель ходить по 1,5 часа без усталости. После выписки, ее состояние продолжало улучшаться и она в настоящее время уже в течение семи лет вполне здорова и работоспособна. Она сообщает, что она, правда, время от времени имела приступы слабости, но всегда легко могла их превозмочь.

клинике она держит себя совершенно незаметно и прилежно работает. Лишь 4 дня тому назад, после того как она плохо спала ночью, больная некоторое время жаловалась на тоску и должна была прилечь; далее, вчера после короткого головокружения она потеряла сознание, рвала на себе волосы, но через несколько минут пришла, в себя.

На переднем плане в картине болезни здесь стоят припадки помрачением сознания. Дело идет частью об обмороках с предшествующим тоскливым ощущением, частью о коротких состояниях оглушенности, сопровождаемых неправильными поступками, наконец о делириозных состояниях с легкими судорожными явлениями. Один раз все ограничивается предвестниками и припадка не бывает, другой раз появляются лишь судороги без помрачения сознания. Эти наблюдения прежде всего напоминают нам эпилепсию, при которой также, как мы уже знаем, наблюдаются разнообразные формы припадков. Но основным отличием от эпилепсии является в данном случае ясная зависимость припадков от внешних влияний, отсутствие самостоятельной периодичности, обусловленной внутренними причинами.

Уже наступление первого припадка указывает на влияние эмоционального переживания, до известной степени на “заражение” от аналогичного, по-видимому, заболевания у подруги. Что касается припадков в больнице, то и там, судя по словам больной, имело место то же самое. С другой стороны, быстрое улучшение страдания в клинике, может быть рассматриваемо как последствие той защиты, которая была ей обеспечена пребыванием здесь. Впрочем для ряда припадков невозможно найти непосредственно вызывающего повода. Между тем больная, очевидно, с начала болезни находится под властью длительного эмоционального напряжения. За это говорят не только ее указания на утомление, чувство головокружения, дурноты, расстройства внимания, но также и ее подавленное настроение и боязнь, что она больше не выздоровеет.

Это тесное отношение припадков к эмоциональным движениям с очевидностью указывает на то, что мы здесь имеем дело с истерическими расстройствами. Такому толкованию соответствуют и клинические данные. Припадки наступают не с молниеносной, нарастающей силой, как эпилептические, сознание угасает медленнее и менее полно. Судорожные явления незначительны и многообразны, они при припадке не доминируют с упорным однообразием, как при эпилепсии. Прикусывания языка, тяжелых повреждений, непроизвольного мочеиспускания не наблюдается.

С другой стороны, мы здесь встречаем при припадках более сложные движения: больная потрясает руками, рвет на себе волос простирает руки вперед; у раньше заболевшей соседки наблюдалось, что она беспорядочно “билась”. Припадки в больнице могут быть рассматриваемы как снохождения, что очень часто наблюдается у истеричек. Наконец, душевная личность больной не имеет ничего общего с тугоподвижной ограниченностью эпилептиков, отличается лишь повышенной эмоциональной возбудимостью которая является существенной предпосылкой для развития истерических расстройств.

Тесная зависимость истерических болезненных явлений эмоциональных движений дает нам ключ к их пониманию. Мы знаем, что эмоциональные потрясения и напряжения могут помрачать ясность сознания, нарушать восприятие, спутывать мысли и, с другой стороны, могут сопровождаться целым рядом соматических проявлений: головокружением, слабостью, расстройством движения конечностей, расстройством речи, дрожанием, неуверенностью в движениях, онемением, глотательными судорогами, ложными ощущениями, болями, нарушениями деятельности сердца, дыхания и иннервации сосудов, покраснением и побледнением, чувством жара и холода, сухостью во рту, слюнотечением, выделением слез, потением, поносами. Со всеми этими и многими другими формами выражения эмоциональных движений, мы встречаемся и у истеричных, часто в болезненных и извращенных формах. Наиболее частые истерические припадки: возбуждения со спутанностью, беспорядочны-

ми движениями и выгибаниями тела, скрежетом зубов, далее обмороки, судорожный смех и плач, “сердечные спазмы”, дрожание — все эти симптомы, вполне соответствующие обыкновенным явлениям при сильных эмоциональных волнениях, особенно у детей. Они могут присоединяться, как в нашем случае, непосредственно к испугу, возбуждению, но в дальнейшем они приобретают известную самостоятельность и повторяются уже без повода. Вероятно, при этом играет значительную роль и тревога по поводу этих странных расстройств, которая еще более усиливается заботами окружающих, как это имело отчасти место и в нашем случае.

Приведенные формы эмоциональных движений мы можем, по-видимому, рассматривать, согласно Дарвину, как остатки древ- них защитных механизмов, которые вследствие более высокого развития взвешивающей и целесообразной воли сделались излишними и редуцировались. У здорового взрослого, особенно у мужчины, они могут быть вызваны лишь чрезвычайно сильными душевными потрясениями. Там же, где воля не вполне господствует над эмоциями, у детей и до известной степени у женщин, они гораздо более ярко выступают на передний план. Их сильное развитие, наблюдаемое при истерии, может быть поэтому рассматриваемо, как следствие задержки развития, при которой атавистические формы самозащиты не сдерживаются в должных границах силами рассуждающей воли, которыми обладает зрелая личность.

Эта игра истерических проявлений находит благоприятные условия особенно при сильных эмоциональных волнениях периода pubertatis, особенно у молодых людей, которые должны жить беззащитными в тяжелых и непривычных условиях, например у деревенских девушек — прислуг, попавших в большой город. Вместе с возрастом и укреплением личности, приблизительно к 20—25 годам, эти истерические симптомы мало-помалу пропадают сами собою. Можно говорить таким образом об “истерии

периода созревания". У нашей больной мы также должны поставить вполне благоприятный прогноз относительно исчезновения припадков, необходимо только по возможности меньше обращать на них внимания.

Тщательно одетая в черное 30-ти летняя девица (случай 56), которая входит в зал мелкими, неуверенными шагами, опираясь на сиделку и падает в кресло как бы в сильном изнеможении, производит страдальческое впечатление. Ее стройная фигура несколько сгорблена, лицо бледно, болезненно искажено, глаза опущены, тонкие выхоленные пальцы нервно играют носовым платком. Больная отвечает на вопросы тихим, усталым голосом, не поднимая глаз; при этом мы узнаем, что она вполне ориентирована во времени, месте и окружающем. Уже через несколько минут глаза ее вдруг плотно закрываются, голова падает вперед и больная видимо погружается в глубокий сон. Верхние конечности сделались совершенно вялыми и, если их приподнять, падают, как парализованные. Больная больше не отвечает на вопросы, при попытке раскрыть веки, глазные яблоки закатываются вверх. Уколы булавкой вызывают лишь легкое содрогание. Но при опрыскивании холодной водой наступает глубокое вдыхание, больная вскакивает, открывает глаза, удивленно оглядывается и мало-помалу снова приходит в себя. Мы узнаем от нее, что она сейчас имела один из своих "приступов сна", которыми она страдает уже 7 лет. Эти приступы появляются совершенно нерегулярно часто в большом числе в течение одного дня и продолжаются от нескольких минут до получаса.

О своей жизни больная нам сообщает, что ее родители 16 лет тому назад умерли вскоре друг за другом. Сводный брат отца покушался на самоубийство, брат больной в высшей степени странный человек. Следует добавить, что две ее сестры производят впечатление очень нервных субъектов. Самой больной учение в школе давалось легко, она воспитывалась в монастырских пансионах и выдержала испытание на звание воспитательницы. Будучи молодой девушкой, она по поводу зубной боли часто вдыхала хлороформ, который ухищрялась доставать тайком. Позднее у нее были удалены разращения из носа, благодаря чему облегчились головные боли, которыми она до того сильно страдала. Во время лихорадочных заболеваний у нее легко появлялось делириозное состояние. Три года тому назад она получила место воспитательницы в Голландии, но вскоре стала болеть и в течение последних у лет находилась в разных лечебных учреждениях, все время с коротким перерывом, во время которого она служила в Моравии.

Из сообщений ее близких и врачей можно установить, что больная страдала самыми разнообразными расстройствами и проделала самые удивительные способы лечения. Вследствие сильных болей в нижней части живота и расстройств менструаций, что объяснялось сужением шейного канала и ретрофлексией матки, ей была сделана 5 лет тому назад клиновидная эксцизия и введен пессарий. Потом появились афония, контрактура правого предплечия и левого бедра, против которых применялись массаж, электричество, бандажи, и вытяжение под наркозом. Дальше у нее бывали чувство стеснения в области сердца, дыхательные судороги скоропреходящие параличи в различных мышцах, расстройства, мочеиспускания, поносы, боли и неприятные ощущения то в той, то в другой части тела, в особенности же головная боль. Вместе с тем стали замечаться очень сильные и неожиданные перемены настроения, сужение круга интересов и сосредоточение их на собственной болезни, жалобы на недостаточное внимание со стороны окружающих и родных, хотя последние принесли для больной большие жертвы. Соленые ванны, русские бани, ванны из сосновых игл, электричество, деревенский воздух, дачная жизнь, наконец пребывание на Ривьере, — все это было испробовано, большей частью без результата или же только с самым кратковременным успехом.

Последним поводом для помещения больной в клинику 2 года тому назад послужило усиление "приступов сна", которые в последнее время появлялись даже в стоячем положении и продолжались до целого часа. При этом больная не падала, а только, прислонялась к чему-нибудь. Эти приступы продолжались в клинике: кроме того, наблюдались еще дыхательные судороги, которые поддавались действию внушения. При опытах с гипнозом достигалась только гипотаксия; терапевтический эффект внушения, оказался непрочным. Зато холодные обливания и фарадический ток оказывали хорошее действие, между прочим на появлявшиеся временами параличи. После 8 месячного пребывания в клинике больная вернулась было к своей сестре. Но уже через несколько месяцев ее пришлось поместить в другую психиатрическую больницу, где она оставалась около года и после короткого пребывания в семье снова возвратилась к нам.

Во время теперешнего пребывания в клинике появились помимо прежних, симптомов еще так называемые "большие" припадки. Попробуем вызвать такой припадок посредством давления на очень чувствительную область нижней части живота слева. После 1—2 минут умеренного давления, при котором больная обнаруживает сильную боль, выражение ее лица меняется. С закрытыми глазами больная мечется в разные стороны, громко кричит, большею частью по-французски, чтобы к ней не смели прикасаться. "Ты не смеешь мне ничего делать, собака, cochon, cochon". Она зовет на помощь, изгибается, как бы защищаясь от покушения на изнасилование. При всяком прикосновении возбуждение усиливается. При этом все тело сильно перегибается назад. Внезапно картина меняется; больная умоляет не проклинать ее, громко жалуется и рыдает. Это состояние тоже очень скоро может быть устранено опрыскиванием холодной водой. Больная вздрагивает, пробуждается с глубоким вздохом, пристально оглядывается с выражением утомления и растерянности. Что с ней происходило, она не 3Haef.

Физическое исследование больной не обнаруживает в настоящее время, кроме уже указанных

отклонений, никаких особенных расстройств. Существует лишь общее ощущение сильной слабости, вследствие чего больная часто остается в постели или валяется, где придется; все ее движения вялы и бессильны, хотя параличей нигде не имеется. Сон часто бывает очень плох; больная временами бродит по ночам, будит сиделок, посылает за врачом. Аппетит тоже весьма умеренный, но помимо обедов больная любит полакомиться всевозможными пирожными, компотами, которые доставляются близкими по ее настойчивой просьбе.

В этой картине болезни мы встречаемся с рядом разнообразных расстройств, из которых некоторые мы наблюдали у наших прежних больных: “приступы сна”, делириозные состояния, ложные ощущения, боли, дыхательные судороги, чувство стеснения в области сердца, контрактуры, параличи, тонические судороги, расстройства со стороны пузыря, поносы. Влияние эмоциональных переживаний часто здесь бывает очень ясно. Как я и ожидал, наш разговор здесь с больною вызвал у нее тотчас приступ сна; подобным же образом мы могли искусственно вызвать “большой припадок”. Поведение больной во время больших припадков прямо указывает на бывшие раньше волнующие переживания, которые повторяются в виде грез. Дело идет при этом, по объяснению больной, о гинекологическом исследовании, которое произвел у нее очень грубым образом один голландский врач, а затем о проклятии, которое бросила в нее ее тетка. С другой стороны, удается почти всегда быстро купировать припадки искусственным воздействием преимущественно неприятного характера.

Очень поучительна была в этом отношении контрактура правой руки, которая была вызвана у больной случайным вопросом ее прежнего врача относительно этого расстройства, прежде часто у нее наблюдавшегося. Уже на следующий день кисть была так судорожно сжата, что ногти впивались в кожу. После короткого объяснения относительно металлотерапии посредством золотой монеты, положенной на запястье, а затем даже посредством ключа — достигалось уничтожение напряжения. Еще лучше и прочнее действовала впрочем фарадическая кисточка. Сон, на который почти никакого действия не оказывали настоящие снотворные, легко вызывался дестилированной водой с индифферентными примесями или сахарным порошком; подобным же образом и прочие изменчивые расстройства уступали подобного рода мероприятиям, действующим исключительно на воображение. Впрочем все эти результаты были лишь скоропреходящи, сообразно постоянным колебаниям эмоций; через несколько часов или дней по какому либо внешнему поводу или без такового снова появляется тот или другой из прежних симптомов болезни. На основании всех этих данных мы приходим к заключению, что наблюдаемые у нашей больной расстройства следует рассматривать как истерические.

Прихотливость истерических явлений может возбудить предположение о сознательной симуляции. Хотя при этом, как правило мы имеем дело с импульсивными поступками без ясных побудительных причин, тем не менее расстройства без сомнения часто симулируются или сильно аггравируются. Болезненна здесь бессмысленная потребность казаться больной и неспособность всеми силами стремиться к выздоровлению. Несмотря на безмерные обыкновенно жалобы относительно своей болезни, которыми наша больная без конца осыпает врачей и устно и письменно, ей все же страдание доставляет известное удовлетворение, и она непроизвольно сопротивляется устранению болезненных явлений. Отсюда появление все новых и все более удивительных расстройств, отсюда — преувеличение, постоянная потребность во враче, жгучее желание видеть должное внимание к своему состоянию, так как быть больной сделалось для нее в сущности жизненною потребностью. Быть, может, это особое отношение истеричных к своим болезненным явлениям зависит от того обстоятельства, что явления эти находятся в тесной связи с чувством самосохранения.

По мере того, как растет искусство быть больною, душевная жизнь пациентки все больше сосредоточивается на эгоистическом удовлетворении собственных желаний. Она беспощадно старается вынудить у окружающих самого заботливого внимания к своей особе, заставляет врача заниматься с ней днем и ночью по самым ничтожным поводам, крайне чувствительна ко всякому предполагаемому пренебрежению ее особой, ревнива по поводу предпочтения, будто бы оказываемого другим больным, старается посредством жалоб, заподозреваний, приступов ярости сделать податливым ухаживающий персонал. Жертвы, приносимые другими, в особенности ее семьей, она рассматривает как нечто само собою понятное, и ее изъявления благодарности, иногда крайне неумеренные, служат лишь для того, чтобы открыть дорогу новым требованиям. Чтобы обеспечить себе сочувствие окружающих, она прибегает к все более и более сильным изображениям своих телесных и душевных страданий, театральному приукрашиванию своих припадков, эффектному освещению своей особы. Она себя называет отверженной, исключенной из общества, таинственными намеками делает признание относительно ужасных и в то же время пленительных переживаний и прегрешений, которые она поверяет только умеющему хранить тайны врачу, своему душевному другу.

Отличие этого случая от предыдущего значительно, несмотря на некоторые сходные черты. Истерические явления здесь не только гораздо более разнообразны и упорны, но вся духовная личность больной обнаруживает тяжелые дефекты, которые помешали ей, несмотря на хорошие умственные способности, занимать какое-либо определенное положение в жизни сколько-нибудь длительно. К тому же больная находится в таком возрасте, когда уже нельзя более ожидать изменения ее личности путем созревания воли[1]. Поэтому здесь истерическая задержка развития является не только жизненным эпизодом,

[1] Больная, после годичного пребывания в больнице, без психических изменений, — умерла от легочного туберкулеза.

но длительной особенностью личности, субстратом которой следует считать процесс вырождения. При подобного рода “дегенеративной истерии” ядро болезненной личности остается по существу неизменным, хотя отдельные проявления истерии многообразно меняются. Вместе с тем мы встречаемся здесь в различных формах с теми отрицательными особенностями, которые объединяются под названием “истерического характера”: лживостью, капризностью, раздражительностью, эгоизмом, властностью. При гораздо более обширной, хотя менее резкой по проявлениям, группе истерии периода созревания организма — эти черты истерического характера, как у нашей первой больной, могут совершенно отсутствовать.

Хотя в общем у женщин с их более сильной эмоциональной возбудимостью истерия бывает значительно чаще, тем не менее ежегодно мы имеем случай наблюдать не малое число мужчин-истериков. Вы видите перед собою 26-летнего лакея (случай 57), который вчера днем был доставлен к нам в бессознательном состоянии. Он лежал с закрытыми глазами, не отвечал на допросы, не принимал пищи, был неопрятен. Уколы иглой не производили на него никакого впечатления, лишь при уколах в слизистую оболочку носа он несколько поворачивал голову. Из этого состояния он очнулся только сегодня днем. Теперь он в ясном сознании, спокоен, доступен, о своем заболевании, впрочем, не особенно задумывается. Его знания умеренны, суждения довольно поверхностны. Он сообщает, что позавчера вечером, после 6 час, он выпил 6 полулитров пива. Когда ему понадобилось выйти и затем он хотел вернуться в зал, он упал у дверей и с тех пор больше ничего не может вспомнить. При физическом исследовании небольшого роста, хорошо упитанного мужчины находим: покрасневшее лицо, слезящиеся глаза, мелкое дрожание языка и раздвинутых пальцев, отсутствие глоточного рефлекса и умеренная чувствительность к давлению в правой подколенной впадине, словом признаки, указывающие на злоупотребление алкоголем. Больной — наш старый знакомый. В первый раз он поступил к нам 2!/2 года тому назад приблизительно в том же состоянии, как в настоящее время. И тогда перед поступлением он был в трактире и поспорил с приятелем, он выпил тогда сразу два стакана пива. Тотчас же ему сделалось дурно, закружилась голова, сделалось темно в глазах, он упал на пол и лишь на другой день у нас пришел в себя. Мы узнали от него, что отец его сильно пил. Он сам был всегда легко возбудим, учился посредственно и выпивал раньше, по его словам, до 25 даже 30 полулитров пива, позднее 6—8 полулитров ежедневно. На военной службе он 3 раза был наказан. Там он имел 7 лет тому назад первый припадок бессознательного состояния после спора с начальником, во время которого он был очень возбужден. Он дрожал всем телом, внезапно потерял сознание и так лежал в течение трех дней. Подобные припадки у него бывали потом еще 4 или 5 раз, каждый раз после возбуждения, которое иногда, но не всегда, было связано с злоупотреблением алкоголем. Через год после первого пребывания в клинике больной был доставлен снова к нам в состоянии своеобразного сна, который продолжался целый день. Он выпил в трактире 4Уг литра пива и затем внезапно потерял сознание. Как он нам сообщал, он уже давно выпивает только по воскресеньям, но страстно курит. Физическое исследование обнаружило помимо отсутствия глоточного рефлекса и понижения конъюнктивального — изменчивую анестезию туловища и конечностей, особенно слева, на лице с обоих сторон. С тех пор он имел еще припадок 4 месяца тому назад; когда был возбужден различными вещами, он внезапно упал в обморок и вследствие этого поступил на 8 дней в больницу.

Что припадки больного, несмотря на связь с обильным употреблением алкоголя, не являются простыми состояниями опьянения доказывается внезапным наступлением, значительною длительностью бессознательного состояния, особенно же тем обстоятельством, что припадок иногда наступает без предварительного злоупотребления алкоголем. Мы должны здесь также исключить и эпилептические припадки, нередко наблюдаемые у алкоголиков и обычно наступающие вслед за состоянием опьянения, если мы примем во внимание, что наряду с злоупотреблением алкоголем вызывающим моментом здесь действовали прежде всего эмоциональные волнения. К тому же здесь дело идет не о судорожных припадках, а просто о длительных сновидных состояниях с помрачением сознания, но очевидно не с полной его потерей. Клиническая картина, как и история происхождения болезни, не оставляет никакого сомнения в том, что мы имеем дело с истерическими припадками. Вместе с тем мы стоим здесь перед фактом, что действие, алкоголя благоприятствует возникновению истерических болезненных явлений. Это становится понятным, если мы примем во внимание, что этот яд, с одной стороны повышает эмоциональную возбудимость, с другой — парализует высшие проявления воли и таким образом создает благоприятные условия для наступления истерических расстройств. В действительности истерия взрослого мужчины обусловливается почти исключительно алкоголизмом; если отбросить случаи алкогольной истерии, то преобладание женского пола, который вдвое чаще мужского заболевает истерией, было бы еще более значительным. Впрочем алкогольная истерия и в клинической картине болезни обнаруживает известные особенности. Как уже показывает наш случай, она в своих проявлениях значительно более однообразна, чем истерия периода созревания и особенно дегенеративная. Как правило, дело идет лишь о припадках бессознательного состояния, с судорожными движениями конечностей или без этого, далее о состояниях сильного возбуждения со спутанностью. Расстройства обыкновенно исчезают если устранить злоупотребление алкоголем.

Краткого упоминания заслуживают еще некоторые наблюдаемые у наших больных нервные симптомы, которые рассматриваются, как постоянные признаки истерии, так называемые “стигмата”. Сюда относятся прежде всего расстройства ощущений, которые могут у истеричных появляться в самых разнообразных формах. Как и истерические параличи, они часто выдают свое происхождение своим непостоянством,

способностью поддаваться воздействию и затем способом своего распространения, которое определяется не распределением нервных стволов, а случайными влияниями. Далее стигматами считается отсутствие глоточного, и конъюнктивального рефлексов и рефлекса с роговицы. Однако этим признакам не следует придавать слишком большого значения. Более характерно часто констатируемое сужение поля зрения. У нашей второй больной отмечалась еще повышенная чувствительность области нижней части живота, надавливанием на которую вызывались припадки. Такие чувствительные места, давлением на которые вызываются или купируются припадки, констатируются нередко; их можно культивировать путем соответствующего внушения больным.

XX лекция

Паранойя и параноидные душевные расстройства

Видный 62-х летний господин (случай 58), который сегодня нам вежливо и с известным достоинством представляется, производит своими тщательно выхоленными усами, своим пенсне, своим хорошо сидящим, хотя несколько поношенным, костюмом — впечатление светского человека. Он сначала несколько недоволен, что его расспрашивают в присутствии молодых людей, но скоро вступает с нами спокойно и деловито в продолжительный и связный разговор. Мы узнаем от него, что молодым человеком он отправился в Америку, перенес там разнообразные превратности судьбы и в конце концов жил в Квито, где ему удалось в качестве купца приобрести небольшое состояние, с которым он возвратился на родину 21 год тому назад, но при ликвидации своих коммерческих дел был обманут на значительную сумму. Дома он жил сначала на свои сбережения, проводил время в беседах, чтении газет, игре на бильярде, прогулках, посещениях кафе. Одновременно он занимался разного рода планами, надеясь, что они, будучи признаны, принесут ему выгоду. Так например, он с картой в руках предлагал первому министру план распространения владений Германии на ряд еще незанятых областей земного шара, именно в Африке, далее в Новой Гвинее и особенно на островах Галапаго, которые охотно уступит республика Эквадор и которые приобретут особое значение с прорытием Панамского канала. Вскоре после того этот министр поехал в Берлин и тогда началась германская колониальная политика, причем настоящий ее виновник не получил должной благодарности. Затем больной выработал план культивирования в наших колониях хинного дерева и какао, сделал несколько изобретений для лучшего соединения между собою железнодорожных рельс, чем предотвращались бы толчки при езде и этим устранялась бы важная причина схода с рельс. Наконец, он добивался ряда должностей, которые ему казались подходящими, например, места консула в Квито, но при этом всегда терпел неудачу.

Так как он считал ниже своего достоинства идти на компромиссы, то постепенно он истратил все свое состояние; к тому же, по его мнению, и в управлении его имуществом не все было безупречно. В общем, однако, он не очень об этом заботился, так как был убежден, что человеку с его способностями и знаниями, владеющему тремя иностранными языками и объехавшему весь свет, достаточно только пожелать, чтобы найти должность, удовлетворяющую его требованиям. Однако, в конце концов, он очутился в стесненных обстоятельствах, так как ему не удалось получить из Америки причитавшихся ему долгов. Таким образом, он уже не был в состоянии оплачивать свои жизненные расходы и должен был в расчетах с людьми ссылаться на свои будущие доходы, в верности которых невозможно сомневаться; у различных зажиточных отцов семейства он просил руки их дочерей и был очень удивлен, получая отказ... Наконец, он попал как больной в клинику где, по его мнению, его задерживают противозаконно. Такова благодарность отечества за его заслуги, — заканчивает он с горечью свой рассказ.

Все эти сведения больной передает совершенно спокойно и, толково; в общем они соответствуют действительности. Бросается в глаза прежде всего лишь повышенное чувство собственного достоинства, переоценка своей деятельности и своих способностей, тем более, что из способа его изложения видно, что он не обладает большим образованием. Далее заслуживает внимания та уверенность, с которой больной устанавливает связь между его разговором с министром и началом немецкой колониальной политики, а равно и та самоуверенность, с которой он, несмотря на все неудачи, жил со дня на день, тратил свое состояние и даже теперь еще ждет почестей и выгод от своей деятельности. Когда ему указывают на несоответствие между его надеждами и действительностью, он говорит, что нет пророка в своем отечестве, он для этих господ оказался слишком умен. Наконец, с пренебрежительным жестом он бросает замечание: “чего Вы хотите — юбка!”

При дальнейшем расспросе он сначала уклоняется от разъяснения этого выражения, но затем мало-помалу рассказывает, что девушка, которую он называет прозвищем “Бульдог”, дочь английского консула в Квито, уже 23—24 года преследует его своими брачными планами и чтобы сделать его более податливым старается всеми способами становиться ему на дороге. Уже в Америке за последнее время дела его шли не так, как он хотел; у него были украдены со злости при помощи подобранного ключа сотни птичьих чучел, везде он замечал проделки “Бульдога” и его сообщников. “Если все делается иначе, чем мне это хотелось бы сделать, значит за этим что-то кроется неладное”. Полусумасшедшая американка поехала вслед за ним на

родину, поселилась по соседству от него, имела наглость переодеваться мужчиной и чтобы заставить его на себе жениться, препятствовала ему подыскать занятие и довела его таким образом до нужды. Эта хитрая особа старалась приблизиться к нему под самыми различными именами, хотя он ей всегда говорил, что такими каверзами нельзя приобрести любви мужчины. Он, быть может, был бы самым богатым человеком в Калифорнии, если бы ему в этом не помешал “Бульдог”. Она же виновна и в его помещении в больницу — “иначе кто же?” На улице, как и дома, она уже неоднократно, ему встречалась. В своих башмаках он обнаружил дыры, на своей одежде пятна, которые иначе не могли появиться, как только по вине “Бульдога”.

Все возражения, приводимые против этого, больной встречает с презрительной, недоверчивой миной и они бесследно отскакивают от его твердого, как скала, убеждения в своей правоте. Сразу видно, что он не только не верит в серьезность наших возражений, но даже думает, что мы стараемся его переубедить вопреки нашим собственным взглядам.

Наиболее существенными проявлениями душевного расстройства у нашего больного, у которого восприятие, память и внешнее поведение не представляют никаких уклонений от нормы, являются, с одной стороны его идеи преследования, с другой — сильная переоценка собственной личности. Особенно первые явно носят на себе признаки бреда. Они противоречат всякому разумному опыту, больной их совершенно не обосновывает и все-таки держится за них с необыкновенным упорством. Они существуют, по-видимому, свыше 20 лет приблизительно в одной и той же форме и со своей стороны влекли за собою бредовое истолкование событий жизни. Все маленькие неприятности, в последнее время даже помещение в больницу, он объясняет не естественным ходом вещей, но сознательными действиями определенного лица и его сообщников. Таким образом, больной создал себе до известной степени бредовое миросозерцание, с точки зрения которого он перерабатывает новые данные опыта.

Обманы чувств, насколько можно судить, не играют никакой роли в развитии бреда. Напротив, его идеи преследования базируются на безразличных и допускающих разные толкования событиях действительной жизни, которым лишь он сам придает особое толкование. Впрочем, он сообщает с массой подробностей об одном бредовом переживании, при котором, после громкого предостережения, в него был произведен выстрел и в то же время показался с ножом в руке враждебно к нему настроенный адвокат, чтобы изрезать ему лицо за то, что он был слишком близок к его жене. Без сомнения, однако, при этом сложном происшествии дело идет о ложном воспоминании.

Настроение больного не представляет ничего особенного. Он естественным образом относится к происшествиям и окружающим лицам, читает книги и газеты, занимается по собственному почину чертежами и проектами, наблюдает за другими больными, следит за событиями дня, болтает с врачами, заводит новые знакомства, сердится, когда случаются неприятности, доволен когда ему оказывают внимание. Его внешний вид и его манеры совершенно безупречны и ничем не выделяются.

Эта своеобразная болезнь, при которой очень медленно развивается бред преследования и переоценки собственной личности при отсутствии самостоятельных расстройств со стороны воли и эмоциональной жизни, мы обозначаем названием паранойя или первичное помешательство. Здесь дело всегда идет об интеллектуальной переработке бредовых идей, об образовании бредового миросозерцания, “системы”. Болезнь ведет к весьма постепенному “смещению” точки зрения, с которой больной смотрит на события жизни. Сначала возникают предположения, которые постепенно превращаются в уверенность и непоколебимое убеждение. Бредовые представления присоединяются к действительным наблюдениям, которые, однако, истолковываются болезненным и предвзятым образом; вместе с тем, часто встречаются ложные воспоминания.

Так как бред здесь развивается из особенностей личности, то он не поддается излечению[1]. С другой стороны, он не господствует безусловно над деятельностью больного. Напротив того, больные до известной степени сохраняют способность приспособляться к обстоятельствам действительной жизни; они часто бывают в состоянии в течение долгого времени без особенно грубых столкновений зарабатывать средства к жизни. В психиатрическую больницу они попадают поэтому довольно редко и поздно, по какому-либо исключительному поводу и затем вследствие своего правильного поведения по большой части скоро снова получают свободу.

Другую форму душевного расстройства с образованием бреда представляет писатель 51 г. (случай 59), который резко отклоняет нашу попытку вступить с ним в общение. Он, по-видимому, усердно поглощен чтением газеты, не обращает на нас никакого внимания, не отвечает на наше приветствие и не дает никакого ответа. Внезапно он вскакивает в бешенстве и кричит: “я с вами не разговариваю! чего вы от меня хотите? Оставьте меня в покое!” Так как он вместе с тем принимает угрожающий вид, то мы воздержимся от дальнейшего разговора с ним и обратимся к анамнезу. Физическое исследование крепко сложенного и умеренно упитанного больного в настоящее время также невыполнимо.

В его семье бывали разного рода душевные заболевания. Один брат матери был долгое время душевно болен, другой кончил жизнь самоубийством. Одна сестра матери отличалась странностями, другая умерла от удара. Отец был вспыльчивый и распутный, сестра два раза покушалась на самоубийство, у другой

[1] Больной находился еще 9 лет в больнице до самой смерти без заметного изменения своего состояния и продолжал стремиться завоевать себе соответствующее своим запросам положение в жизни путем докладных записок, разработки проектов, участия в соисканиях премии.

сестры временами бывало расстройство настроения. Сам больной обладал очень живой фантазией, но в школе учился плохо. Сильное влечение привело его от научного призвания, за которое он было взялся, к профессии писателя, в которой он имел решительный успех. Его труды вращались, с одной стороны, в области сумасбродно-ужасного, с другой, в области самой язвительной насмешки и беспощадного глумления над политическими и религиозными установлениями. Такое направление принесло наряду с известностью и тяжелую борьбу, причем дело доходило до запрещения отдельных его сочинений и один раз до судебного приговора. Уже 10 лет тому назад, по его описанию, он страдал длительным расстройством настроения. После отбытия своего наказания он жил, как уже и раньше, заграницей. Его многочисленные сочинения делались все более неумеренными в смысле выражений и содержания и вместе с тем странными по форме и правописанию. Он попал в новые неприятности, виновником которых 6 лет тому назад стал открыто называть "самое высокое место в Берлине", "своего личного врага Вильгельма II". Подобные намеки он делал, когда, тремя годами позднее, возвратясь в Германию, он был подвергнут психиатрическому исследованию. Он далее утверждал, что кайзер играл также важную роль в деле Дрейфуса и что тогда во Франции все ожидали его отречения. Подобным же образом кайзер, будто бы вмешивался и в другие процессы, имевшие в то время место в Германии, и всячески старался вымогать деньги, так как он находится будто бы в постоянных денежных затруднениях и не имеет больше кредита. Больной рассматривает возбужденные против него самого судебные процессы, как комедию, как политическое мошенничество, поэтому он не станет выбирать себе защитника, так как все единодушно против него. Эксперт также не даст о нем беспристрастного заключения, напротив того, он замечает, что из "высокого места" производится давление на эксперта, чтобы понудить объявить его душевнобольным.

Несмотря на эти выраженные бредовые идеи, больной прожил еще 2 года заграницей, конечно вполне замкнуто, деля свое время между весьма усердным чтением, сочинительством и длительными одинокими прогулками. Однако, год тому назад "начался ряд подвохов, которые в виду обширности операций заставляли предполагать совместную деятельность большого числа шпионов". При этом дело шло однажды о "затухании огня, засорении камина, порче водопровода, повреждении замков в доме", затем об "утонченных посвистываниях, рассчитанных на самые мучительные повреждения нервной системы", которые докучали больному и дома, и на улице, и даже во время его прогулок. Чтобы убедиться, что это не галлюцинации, он закрывал себе уши и констатировал, что тогда звуки прекращались; он утверждал, что двое из его знакомых также слышали свистки. Во время имевшего характер бегства путешествия, которое он предпринял, сначала его оставили в покое, но затем его снова начали беспокоить, правда, в значительно более слабой степени. Кроме того, он заметил, что ревностно старались его женить, пока он серьезно этого не запретил в письме к своей матери. Все эти преследования привели его к предположению, что должно быть тайком опубликовали его ненапечатанные сочинения, чтобы этим снова раздражить его противников.

Больной стал тогда стараться поступить в психиатрическую больницу, чтобы получить доказательство своего душевного здоровья и вместе с тем действительности преследований, но заметил и там, что над ним издеваются самым очевидным образом. Поэтому он снова вернулся к прежнему образу жизни, к интенсивной писательской деятельности, к одиноким прогулкам, но сильно страдал от тяжелого беспокойства, причиняемого "далеко достигающими свистками металлического характера", которые ему надоедали на каждом шагу, даже ночью. Однажды он сделал попытку на самоубийство, но в конце концов не привел его в исполнение; бывало, что он ругал и угрожал встречным прохожим, которых он принимал за полицейских шпионов. К своим квартирным хозяевам относился спокойно и правильно, но отсылал обратно приходившие на его имя письма и часто днями не принимал пищи, 3 месяца тому назад он в одной рубашке побежал по улице, чтобы добиться таким образом своего поступления в клинику и установления там факта своего психического здоровья.

У нас он был сначала доступен, вполне рассудителен, и давал ясные сведения о предполагаемых преследованиях, как о побудительных причинах своего странного поведения. Он составил подробное жизнеописание, безупречное по форме и содержанию, если оставить в стороне проскальзывающие бредовые идеи а также тщательно обработанное ходатайство относительно устранения наложенной на него опеки. Кроме того, он усердно занимался чтением и писательскими работами. Однако, уже через несколько недель его поведение изменилось. Он выражал недоверие, чувствовал, что к нему плохо относятся, сделался несловоохотливым и все более недоступным.

В одном письме он описывал, что он страдает от сильной тоски и мучительного чувства страха и временами находится в совершенно беспомощном душевном настроении, при котором он более не в состоянии нести ответственности за свои действия. Посредством строгого поста и принципиального ослабления всех телесных сил он старается держать себя в равновесии. Его продолжали беспокоить свистки, за которые он считал ответственными некоторых больных, действующих по поручению полиции. Продолжал он заниматься и личностью кайзера; он думал, что того уже быть может нет в живых, или же он сидит в больнице, так как более новое его изображение в журнале совсем иначе выглядит и вероятно представляет подставного "фигуранта". Поведение больного часто бывало очень странным. Одного больного он называл "высочеством", преподнес ему на тарелке стихотворение. Намочил свой платок в вытекавшей из ранки крови другого больного и сделал затем оттиск на бумаге. Говорил громко сам с собою, казался погруженным в размышление. Окно он держал широко открытым даже во время сильного холода; пищу принимал неравномерно. Недавно жаловался ночью на боли в животе, которые причинены ему ядом в

пище, и резко отстранил от себя приглашенного врача. По большей части он бывал крайне раздражен против нас, но бывал временами более доступен; с отдельными служителями и больными он мог разговаривать дружелюбно и правильно.

У этого больного мы также имеем дело с постепенным развитием и разработкой бреда, в первую очередь с идеями преследования; лишь в предположении относительно личной враждебности к нему кайзера и чудовищных средств, которые пущены в ход против него, отражается неумеренная переоценка больным собственной личности. Значительную роль играют в построении бреда слуховые галлюцинации, хотя, впрочем, начало болезни относится к более раннему времени; следует отметить далее идеи отравления с соответствующими живыми ложными ощущениями. Болезнь самым определенным образом влияет на поведение больного. Он уже давно сделался странным и непонятным, не мог уже более приспособиться к окружающей обстановке, увидел себя запутанным в тяжелую борьбу угрожающего характера. Его настроение преимущественно раздражительное, полное отчаяния, несмотря на все время снова прорывающуюся полную язвительности защиту своих прав. Наконец, констатируется, хотя медленное, но постоянное нарастание того превращения, которое коренным образом изменяет его личность. Всем этим данный случай болезни отличается от рассмотренного перед этим. Очевидно, здесь страдание гораздо глубже проникает в душевную жизнь, чем там, и связано с мучительным внутренним расщеплением в отличие от паранойи, которая представляет некоторым образом хотя и болезненное, но все же последовательное развитие, щадящее душевный механизм. Напротив, здесь мы имеем дело, по-видимому, с разрушительным болезненным процессом, который рано или поздно непременно исключает больного из общественной жизни.

Здесь следует вспомнить о параноидальных формах преждевременного слабоумия, с которыми наш случай представляет сходство в некоторых отношениях. Однако развитие и течение несравненно медленнее; несмотря на большую продолжительность здесь не наступило, как там, быстрого и заметного распада душевной личности с эмоциональным оскудением, отсутствуют независимые от бреда и настроения расстройства в сфере деятельности, негативизм, автоматическая подчиняемость, стереотипия, манерность, импульсивность. Несмотря на эти различия, все же, быть может, существует внутреннее родство этих болезней. Провизорно же эти случаи мы обозначаем как “систематизированные парафрении”. Течение обыкновенно неблагоприятное. Вследствие своих идей преследования больные делаются опасными для окружающих и поэтому теряют свою свободу, а затем ведут длительную ожесточенную борьбу, чтобы добиться освобождения. В дальнейшем выступают все более на первый план бредовые идеи величия; вместе с тем у больных обнаруживается все более разорванности и своеобразности в мыслях и действиях, они делаются все более странными, при этом не теряя вполне рассудительности и внешней сдержанности[1].

Значительно ближе стоит к картине паранойи случай 42-х летнего портного (случай 60), который вел упорную борьбу с судом: 7 лет тому назад он обанкротился и ему пришлось вести ожесточенную тяжбу с адвокатом некоторых своих главных кредиторов. Впоследствии он переселился в другой город, но не мог там устроиться и впал в долги. 4 года тому назад он должен был выехать из одного дома, который вследствие продажи перешел в другие руки. Новый владелец хотел в обеспечение долга за квартиру вернуть от больного часть мебели через посредство судебного пристава, но наткнулся при этом на сильное сопротивление. Больной просто запер судебного пристава и его спутников, чтобы успеть тем временем подать жалобу в суд: его привлекли к ответственности за лишение свободы и он был приговорен к наказанию.

Относительно этого дела в одной газете появилось короткое юмористическое сообщение, в котором это происшествие было неправильно названо “взятием в залог” и было прибавлено, что подсудимый питал глубокую ненависть к судебному приставу, который был у него частым гостем. Наш больной был очень возмущен этим описанием и послал в газету опровержение, которое было напечатано лишь в сокращенном виде. Он написал редактору раздраженное письмо, на которое последний ответил тем, что давал подробные отчеты и о дальнейшем ходе судебного процесса. То обстоятельство, что название “портной” было напечатано курсивом, привело больного в крайнее раздражение и побудило его привлечь редактора к ответственности сначала за оскорбление личности, затем за причиненные убытки вследствие подрыва кредита и, наконец, за грубое бесчинство.

Все эти жалобы в виду их недостаточной обоснованности были оставлены судом без последствий. Больной на таком решении не успокоился и пустил в ход всевозможные средства, чтобы достигнуть своей цели, сначала в виде обычного хождения по инстанциям вплоть до высшего местного Суда и до общеимперского суда. Затем пошли жалобы, пересмотры, ходатайства о кассации дела, о восстановлении в правах, далее прошения в министерство юстиции, великому герцогу, кайзеру, а также административному суду и

---

[1] Вскоре затеи у больного появились ясно выраженные слуховые галлюцинации; идеи отравления, связанные с обманами ощущений, возникали все чаще. Через два года он стал выражать причудливые бредовые идеи, говорил, что немецкие князья арестованы кайзером, требовал их освобождения, писал связные письма бредового содержания политическим деятелям, видел среди окружающих высокопоставленных лиц. В своем поведении он оставался замкнутым и раздражительным, иногда бывал агрессивным, по отношению же к отдельным личностям был дружелюбен. Часто он совершал бессмысленные поступки: полоскал горло мочой, загрязнял комнату калом, отказывался от пищи, раздевался, громко кричал, разговаривал сам с собою по ночам; объяснений этих действий нельзя было добиться от больного.

провинциальному комиссару. Кроме того, проектировались еще жалобы в ландтаг, в союзный совет, интерпелляция имперскому канцлеру в рейхстаге, так как он ответственен за исполнение законов в государстве. Наконец, больной старался добиться отвода судей и судов, обращаясь с жалобами к председателям судебных инстанций, и имел в виду ходатайствовать перед великим герцогом о возбуждении дисциплинарного преследования против прокурора и обратиться с воззванием к обществу о защите правого дела.

Бесчисленные прошения, которые он сочинял в течение последних лет, по его словам большей частью ночью, необыкновенно растянуты и в довольно бессвязном виде всегда повторяют одно и то же. По форме и способу выражения они напоминают юридические акты, начинаются словами: "по поводу", приводят повсюду "доказательства", заканчиваются ссылкой на "основания", испещрены полупонятными или же совсем непонятными специальными терминами и параграфами самых различных законов. Часто они написаны наскоро и, по-видимому, в состоянии возбуждения, содержат многочисленные восклицательные и вопросительные знаки даже среди предложений, простые и многократные подчеркивания, иногда красным и синим карандашом, пометки на полях и дополнения, так что оказывается использованным каждое свободное местечко на бумаге. Некоторые прошения написаны на обороте решений и предписаний разных властей.

Вследствие этого неотступного надоедания властям он, наконец, был отдан под опеку как душевнобольной, но против этой меры он пустил в ход всевозможные юридические средства и теперь мы должны по требованию высшей инстанции еще раз дать о нем окончательное заключение. Свою мастерскую он тем временем продолжает вести, хотя и с некоторыми затруднениями, и помимо своих прошений ничем не выделялся и никого не беспокоил.

Если мы теперь предоставим слово самому больному, то Вы узнаете, что он не только вполне ориентирован и корректен, но может вполне свободно и находчиво толковать о своем судебном процессе. Он даже делает это с известным чувством удовлетворения. Он никогда не затрудняется ответом на возражения, защищает свой образ действий, приводя все новые подробности, юридические основания и параграфы законов. При более продолжительном разговоре выступает, однако, утомительная многоречивость его рассказов, склонность перескакивать от одной мысли к другой, причем, в конце концов, получается повторение одних и тех же оборотов речи, одних и тех же рассуждений. При этом выясняется, что настоящим источником своих неприятностей больной считает сутягу-адвоката, который действовал во время процесса о банкротстве, хотя уже в течение 6 лет ему не приходилось с ним более встречаться. Но когда он хотел подать свою жалобу на редактора, писец в суде отсоветовал ему это, ссылаясь на тот прежний процесс.

Из этого больному сделалось ясно, что адвокат настроил против него писца и в дальнейшем старается его погубить. Все позднейшие неудачи были лишь следствием этого влияния. Писец направил жалобу ненадлежащим образом, так что она не могла иметь успеха, прокуратура составила себе неправильный взгляд на дело, и судьи разных инстанций из коллегиальных соображений не хотели вступать в противоречия с раз вынесенными решениями; они все оказались "запутанными". Поэтому-то его дело, попавши в столь исключительные обстоятельства, было бы отклонено любым судом. Таким образом, ему отрезывается систематически путь к праву. Вся эта история является результатом "тайного комплота", это — "дело масонов", так как он считает, что его врач вступил в ряды масонов. Вся еврейская финансовая аристократия тоже заинтересована этим делом, так как, по его мнению, газета, которая о нем писала, субсидируется этой аристократией. К адвокату-преступнику присоединились "бандиты прессы", "жидовское, злобство", разные "судейские кляузы", далее, "заговор" предоставленных ему судом адвокатов, с которыми он тотчас же оказался в разногласии, как только они не стали следовать его указаниям, наконец неспособность его опекуна, который решительно ничего не понимает в судебных делах. Во всех этих вопросах больного решительно невозможно разубедить.

В эмоциональной сфере мы замечаем у больного повышенное самодовольство. Он держится высокомерно, любит блеснуть своими сведениями в области права и твердо ожидает, несмотря на все неудачи, благоприятного исхода своего дела, которому он приписывает совершенно особую важность, как "немецкий гражданин и отец семейства", как "человек дела" своему "чувству справедливости" он придает больше значения, чем всем решениям судов. В то же самое время он необыкновенно чувствителен, отвечает на каждое направленное против него решение грубыми ругательствами, обвиняет свидетелей в ложной присяге, судей в подкупности; говорит о "политически-религиозном отравлении источников", но при этом совершенно серьезно думает, что он остается в рамках приличия.

Больше всего, однако, заслуживает внимания бессмысленное поведение больного в течение последних лет, благодаря которому он все глубже приводил к нищете себя и свое семейство. Он признает это сам, но всю вину перелагает на своих врагов и на суды, которые заставляли его все это делать и от которых он требует все большую сумму для возмещения убытков. Ему остается непонятным, что самое лучшее было бы для него покориться и все свои силы посвятить своему ремеслу: гораздо больше он раздумывает, какой путь остается ему еще открытым для восстановления своих прав на тот случай, если и наше мнение окажется для него неблагоприятным.

Жизненная картина, которая сейчас развернулась перед вами в грубых чертах, есть картина *душевнобольного кверулянта*. С картиной паранойи она имеет общим медленное развитие бредового мировоззрения, развивающегося на почве неправильной переработки жизненного опыта и сохранение

психической личности, которое делает возможным участие больного в общежитии. Разница заключается в том, что здесь можно констатировать определенный эмоционально действующий повод — борьбу за право, как ограниченный исходный пункт образования бреда, в то время как там мы имеем дело с общей наклонностью к бредовому толкованию и патологической переработке переживаемого. Поэтому здесь оказываются гораздо более однообразные картины болезни. Ежели удается каким-либо образом успокоить больных, хотя бы путем перемены окружающей обстановки, бред может здесь отступить на задний план без того, однако, чтобы быть корригированным; то же самое бывает также, когда больные стареют, или когда они, благодаря своей безнадежной борьбе, становятся усталыми и апатичными[1].

XXI лекция

Врожденные болезненные состояния

В ряде сменяющихся поколений предрасположения каждой отдельной личности определяются самыми различными влияниями. С одной стороны, мы видим, что индивидуальные особенности предков, хорошие и плохие, здоровые и патологические, снова проявляются в детях; с другой стороны, личные особенности потомков под влиянием разнообразнейших причин развиваются своим особым путем, и таким образом, наряду со сходством с производителями постоянно возникают и многочисленные несходства. Результатом всего этого может явиться или усовершенствование или ухудшение, "вырождение" рода. В последнем случае, когда неблагоприятные и болезненные влияния приобретают перевес, новое поколение будет нести в себе зародыш гибели, если в дальнейшем ходе развития, благодаря примеси более здоровой крови, не произойдет выравнивания процесса вырождения и ослабления, нецелесообразных особенностей. Клинические формы вырождения крайне разнообразны. Мы знаем прежде всего, что вырождение в общем представляет благоприятную почву для всех вообще душевных заболеваний; затем мы уже познакомились с целым рядом душевных расстройств, которые предпочтительно развиваются на почве болезненного предрасположения, как-то: маниакально-депрессивный психоз, истерия, паранойя. Формы, в которых проявляется вырождение, представляют то постепенное развитие болезненных черт в течение всей жизни или колебание силы их проявления в различные моменты жизни, то длительно нецелесообразную переработку всех жизненных раздражений, начиная с самого детства. Может быть следует поэтому различать с одной стороны врожденные болезненные состояния, с другой — патологические личности в зависимости от того, служат ли расстройства выражением болезненных процессов или являются ненормальными индивидуальными особенностями; проводить здесь резкие границы является, конечно, невозможным.

Из первой группы Вы имеете перед собой сначала учителя 31г. (случай 61), который 4 недели тому назад по собственному почину пришел в клинику, чтобы здесь лечиться. Этот человек стройного, худого сложения при телесном исследовании, кроме низкого лба, небольшой разницы зрачков, живых коленных рефлексов не обнаруживает достойных внимания расстройств, однако пульс его во время исследования достиг 120 ударов, признак большой эмоциональной возбудимости. И на самом деле, больной, когда собрался сюда прийти, пришел в живейшее возбуждение, беспомощно упал на кровать и был того мнения, что демонстрация на лекции будет стоить ему жизни. Он просил, чтобы ему позволили уже до начала лекции сесть в аудитории, чтобы слушатели постепенно приходили при нем, так как он не в состоянии так внезапно очутиться перед таким множеством людей.

Больной совершенно рассудителен, ориентирован, последователен в своих показаниях. Он сообщает нам, что одна из его сестер больна так же, как он. Начало своей болезни больной относит ко времени лет 11 тому назад. Так как он был очень одарен, то сделался учителем, и ему приходилось много работать умственно, чтобы сдать свои экзамены. Постепенно у него стала возникать боязнь, что у него какая-то тяжелая болезнь и что он умрет от разрыва сердца. Никакие врачебные заверения и исследования не в состоянии были его успокоить. Однажды он 7 лет тому назад внезапно вернулся со службы домой, потому что испугался, что он скоропостижно умрет. Потом он обращался ко всевозможным врачам, много раз брал продолжительный отпуск, и действительно поправлялся немного, но каждый раз опасения очень скоро появлялись снова. Мало-помалу к этому присоединилась боязнь перед собраниями людей; он также не мог один идти по большим площадям или широким улицам. Далее, он избегал ездить по железным дорогам из страха перед столкновениями и крушениями, не хотел ехать в лодке, потому что она может опрокинуться. На мостах, при катании на коньках на него нападал страх; наконец, это был страх перед самим страхом, который при всевозможных обстоятельствах вызывал у него сердцебиение и чувство стеснения. Это не улучшилось и после его женитьбы, 3 года тому назад. Он жил в семье хорошо, был уживчив и покорен, "но только слишком мягок". По дороге сюда, когда он, наконец, решился искать помощи у нас, он дрожал от смертельного страха.

[1] Больной в течение многих лет продолжал всевозможными средствами свою борьбу против мнимого нарушения его прав, при этом продолжал заниматься своим ремеслом портного, конечно, как он жаловался, "со значительными долгами".

Больной сам называет себя трусом, и говорит, что он при значительной умственной трудоспособности всегда боялся всевозможных болезней, чахотки, разрыва сердца и т. п. Он понимает всю болезненность этих опасений, но не может от этого освободиться. Эта боязливость очень сильно проявлялась и во время наблюдения в клинике. При каждом врачебном назначении, ваннах, обертываниях, лекарствах он начинал опасаться, не было бы это слишком сильно для него и не подействовало бы ослабляющим образом; всегда вблизи должен был находиться служитель на случай, если он забеспокоится. Вид других больных сильно волновал его; когда он гулял в саду с запертой калиткой, его мучил страх, что он не будет в состоянии выйти оттуда, если с ним что-нибудь случится. Наконец, при прогулках он не осмеливался далеко отойти от здания, дверь за ним всегда должна была оставаться открытой, чтобы в случае необходимости можно было броситься туда. Он просил для успокоения давать ему с собой бутылочку “синего электричества”, которую он принес с собой. Иногда у него внезапно делалось сильнейшее сердцебиение, хотя он сидел. Несколько небольших amie повергли его в такой страх, что он из-за них не мог ни гулять, ни спать. Ему казалось, что его взгляд стал как-то мутен; он думал, что это начало душевного расстройства, которое у него здесь наверное разовьется.

Многочисленные ипохондрические опасения нашего больного несколько напоминают, на первый взгляд, жалобы истериков. Однако, у него нет не только телесных иррадиации эмоционального напряжения, но и радостного мученичества истериков; кроме того, его страхи распространяются на всевозможные и при том самые разнообразные обстоятельства жизни. Это последнее обстоятельство отличает эту картину болезни от “невроза ожидания” там, тревожное напряжение проявляется только при определенном требовании, предъявляемом жизнью к собственной работоспособности пациента. Здесь мы имеем скорее дело со случаем чрезвычайно распространенного и многообразного “невроза навязчивых состояний”, который характеризуется главным образом крайне тягостным возникновением мучительных представлений или опасений то того, то другого рода. Содержание этих тревожных опасений составляют, во первых, разнообразные опасности, которые в действительности могут угрожать людям, не внушая однако им обыкновенно особенного беспокойства: страх перед грозой, животными и людьми, несчастными случаями, ножами и иголками, грязью, заразой и болезнью, перед опасными жизненными положениями всякого рода. Другая большая группа опасений имеет своим источником чувство ответственности за свои действия, неуверенность, не сделал ли что-нибудь неверно, не забыл ли, не спрятал ли, не украл ли, не упустил ли что-нибудь существенное или важное. Еще группа опасений связана с обстоятельствами общения людей между собой: страх перед экзаменом, боязнь людей, опасение покраснеть. Наконец, и обыкновенные представления, особенно неприличные и богохульственные, некоторые навязчивые привычки мышления, “навязчивость вопросов и чисел” насильственно возникают у больного и беспокоят его. Страх перед возможностью расстройства постоянно выдвигает заболевание в центр внимания.

Невроз навязчивых состояний может, как в приведенном случае, сильно стеснять свободу действий. Хотя больные большей частью ясно сознают всю болезненную природу и даже смешную сторону своих опасений, однако они чувствуют себя вынужденными применяться в своем образе жизни к этим своим навязчивым страхам. Так, наш больной не может один идти по открытому месту, путешествовать, находиться в закрытом помещении, быть в большом обществе. Другие принуждены несколько раз повторить каждое действие, только с большим трудом могут приступить к какому-нибудь делу или закончить его, должны бесконечное количество раз мыться, собирают каждый кусочек бумаги, не могут одеться или раздеться, не могут отсчитать деньги. Некоторые больные стараются при помощи суеверных действий или различных словесных формул помочь себе победить свой страх. Именно с этим влиянием невроза навязчивых состояний на поведение больного, которое иногда может достигать большой силы, следует бороться с самого начала. Лучшим, можно сказать единственным средством, которое помогает больным до известной степени овладеть своими болезненными состояниями, является упорядоченная работа; рядом с этим отвлечение при помощи разных занятий и развлечений, занятий искусством, общество, путешествия. Безусловно вредно влияют обыкновенно специальные курсы лечения, так как они ослабляют и без того незначительную уверенность больного в самом себе и увеличивают чувство беспомощности. Благотворное влияние имеют повторяемые время от времени исповеди перед внушающим доверие врачом, который со своей стороны может известными предписаниями помогать больному планомерно бороться со стеснениями свободы действий, но не столько при помощи напряжения воли, как посредством мер отвлечения и успокоения. Можно иногда для этой цели употребить и гипнотическое внушение, но большей частью лишь с преходящим успехом. Наш больной сначала почувствовал от этого облегчение, но вскоре стал опасаться, что это лечение плохо на нем отражается. Мы по возможности в ближайшем будущем вернем его к его обычной деятельности и в его семью[1].

При неврозе навязчивых состояний мы нередко слышим от больных, что они чувствуют себя вынужденными совершить какой-нибудь страшный поступок, например, убийство человека. На самом деле, мы имеем здесь обыкновенно дело лишь с опасениями, которые никогда не ведут к действительно предосудительным действиям. Существуют, однако, и такие формы болезненного предрасположения,

[1] Больной, после последовавшего вскоре выхода из клиники, в течение 8-ми лет снова занимался своей службой; состояние его было удовлетворительно; дальнейших сведении о нем мы не могли получить. Его сестра за это время лечилась у нас от таких же расстройств.

которые характеризуются склонностью к “импульсивным действиям”, иногда чрезвычайно опасного рода.

Если Вы посмотрите на бледную нежного сложения старушку 54 л. (случай 62), которая вежливо кланяясь, садится и дает на наши вопросы ясные последовательные ответы, то Вы вряд ли заподозрите, что эта женщина уже 6 раз обвинялась в поджоге и провела не менее 21 х/4 лет в тюрьмах и каторжных работах; в течение последних 20 лет она находилась на свободе едва 15 месяцев. На основании судебных актов и ее собственных рассказов, мы получаем удивительную и вместе с тем необыкновенно грустную картину ее жизни. Мать ее умерла рано; сестра матери будто бы была душевнобольной. Ее отец был пьяница и вор; братья и сестры, за исключением одного брата, который был осужден за прелюбодеяние и воровство и сделался “пропойцей”, эмигрировали и пропали. Воспитание было плохое; больную рано начали приучать к воровству, и 19 лет она впервые была осуждена за воровство. Дальнейшие наказания за воровство, обман и проституцию последовали в ближайшие же годы. 23 лет она была заражена сифилисом. Первый поджог она совершила 24 лет. Она тогда подожгла избушку в саду своей мачехи, которая, в то время как отец больной отбывал каторжные работы, жила с мужем другой каторжанки. Произошла ссора и ей запрещено было являться в дом; тогда у нее явилось решение сжечь дом, чтобы и мачеха не могла в нем больше жить. Как и обычно при своих преступлениях, она очень скоро во всем откровенно созналась и была присуждена к 4V2 годам каторжной тюрьмы.

Через четыре месяца после выхода из тюрьмы она произвела свой второй поджог, а через 2 года добровольно, призналась в этом, чтобы снять подозрение с невинного. Она тогда хотела найти своего мужа, который оставил ее после короткого счастливого брака, когда узнал о ее прошлом. Она не нашла его на его родине и пришла, по ее описанию, от этого в такой гнев, что решилась поджечь дом одного из его родственников. Сгорела конюшня, владелец которой не имел никакого отношения к ее мужу. И снова через 3 месяца после отбытия трех лет каторги, к которым она была присуждена, она в Страсбурге сама показала, что некий Штейн рано утром поджог две рыночных палатки, но при допросе добровольно призналась, что поджог совершила она сама, а Штейн является вымышленной личностью. Она собрала бумагу из мусорной кучи и таким образом сложила ее под будками, что они должны были загореться. “Я сделала это в полном сознании и здравом рассудке из одного озорства”. После того как она некоторое время стояла и смотрела на пылающее пламя, она ушла, но вернулась опять. И тогда на нее напала “неуверенность, чувство, как будто она обнаружена, как будто все оглядываются на нее”, и поэтому она не спрошенная рассказала, что она была при поджоге и что ей известен злоумышленник. В то же время она осведомлялась, нет ли каких-либо известий из ее квартиры. Расследование показало, что она поселилась под чужим именем и бросила свою комнату 2 дня тому назад, заплатив сколько была должна за нее и оставив там все свои вещи. Так как она долгое время стояла на углу и смотрела обернувшись на окно, ее хозяйка обратила на это внимание и заметила, что она при помощи стеариновой свечки подожгла свою кровать. “Почему я совершила этот поджог, я, собственно, сама не знаю”, сказала она “эти люди не дали мне никакого повода, чтобы причинить им вред”. Она была присуждена к 8 годам каторжной тюрьмы, так как нельзя было дать утвердительного ответа на вопрос об обусловливающем невменяемость душевном заболевании.

Следующий поджог последовал через 4 года в каторжной тюрьме. В 3 часа ночи вспыхнул пожар в кладовой, где днем находилась и работала больная. Она сама обратила на себя внимание тем, что была очень неспокойна и ночью сидела одетая на постели. На настойчивые вопросы она созналась: “я видела пылающие угли в печке; мысль о поджоге всплыла в моем мозгу; я не могла противостоять и взяла одновременно с водой и три горящих угля на старом черепке с собой в кладовую. Там я бросила их в задний ящик полный тряпок и накрыла его тремя или четырьмя пустыми ящиками”. “Мотива для моего поступка я не могу указать. Я при представившемся мне удобном случае не могла удержаться; у меня было чувство, как если бы невидимая сила принуждала меня совершить этот поступок. Да спасет меня Бог”. Впоследствии она отказалась от этого признания и теперь тоже не хочет ничего об этом сказать. Она еще сделала несерьезную попытку к самоубийству, поранив себе сустав запястья ножницами, но снова была присуждена к 5 годам каторги.

После этого она немногим больше года была на свободе и служила у хозяина. Затем, однажды, она поссорилась с хозяйкой и убежала. При осмотре ее сундука нашлись некоторые, по-видимому, украденные вещи. Когда она, возвратясь, узнала о грозящем доносе, она в ту же ночь подожгла свое жилище и убежала, но при задержании тут же призналась в своем деянии. По ее показаниям, она сперва думала покончить с собой и чувствовала большое беспокойство, а потом ее брат ей посоветовал сделать “это”. Она совершила гораздо больше поджогов, чем ей приписывают, наверное около 20, первый раз ребенком лет 5—6. Для нее было всегда большою радостью играть с огнем. “И теперь еще у меня всегда сейчас же является мысль, что если бы то или другое сгорело; это у меня как навязчивая мысль”, “особенно, когда у меня спички в кармане, тогда я думаю об этом, меня толкает на это как бы невидимая сила”. Мысль находит на нее, как молния, совершенно внезапно; “если бы я только поразмыслила, я бы этого не сделала”. Несколько раз она перед преступлением была слегка выпивши, другие же разы действовала в гневе.

Знания, которые больная, несмотря на свое недостаточное школьное образование, приобрела в каторжной тюрьме, превышают средний уровень ее среды; кроме того, она умеет очень картинно рассказывать. Ее настроение, в общем, одинаково приветливое, замечались, однако, и частые колебания. Иногда она бывала раздражительна и гневлива, за это она в каторжной тюрьме часто подвергалась наказанию; в другое время она бывала весела, задорна или, наоборот, плаксива и впадала в отчаяние с

оттенком некоторой театральности. Она много раз угрожала самоубийством и делала часто в тюрьме, один раз и у нас попытку повеситься. Несколько раз она рассказывала о сноподобных галлюцинациях: ночью ее дергали два черта; перед окном стояли люди и кричали ей, что она убила 7-ых детей и подожгла пару домов. О своем будущем она мало задумывается. Душевнобольной себя не считает; точно также она, собственно, не чувствует раскаяния по поводу своих преступных действий. "Мне еще и до сегодня это не совсем ясно", говорит она, "я все думаю, что я этого не сделала, я не в состоянии причинить страдания даже животному".

При телесном исследовании, кроме среднего состояния питания, находим отсутствие реакции обоих зрачков на свет и повышенные коленные рефлексы, далее несколько беловатых рубцов на груди и утолщение надкостницы на правой голени. Определенных расстройств чувствительности, несмотря на ее настойчивые, часто меняющиеся жалобы на всяческие боли и неприятные ощущения в различных частях тела, установить нельзя.

Самой выдающейся чертой приведенного жизнеописания является все вновь возникающая склонность к поджогам, склонность, которая самым роковым образом повлияла на судьбу этой женщины. Полное отсутствие доступного уму повода для ее поступков в одних случаях, недостаточность их в других, далее неисправимый рецидивизм должны с самого начала возбудить подозрение в болезненности этого явления. Это впечатление еще усиливается импульсивностью поджогов, как это следует из описаний больной, в правдивости которых мы не имеем основания сомневаться. Мы в действительности знаем небольшую группу патологических личностей, которые характеризуются импульсивным влечением к определенным социально-опасным деяниям без разумного на то основания. В некоторых случаях наблюдается такая склонность именно к поджогам, но и те ужасные отравительницы, которые хладнокровно убивают целый ряд безразличных для них или даже любимых ими людей, должны быть отнесены сюда же. Больше сомнения возбуждают склонные к воровству или так называемые клептоманы, уже потому, что здесь обыкновенно нельзя исключить мотива своекорыстия. Далее, сюда же относятся люди с импульсивной наклонностью тратить деньги, делать долги; может быть так же можно трактовать и некоторых игроков, хотя обычно двигающим началом здесь может служить и страсть к наживе. Иногда можно установить связь предосудительных склонностей с половым инстинктом. Душевные волнения и алкоголь, как и всегда, по-видимому, и здесь понижают способность сопротивления болезненным влечениям.

Сноподобные галлюцинации нашей больной позволительно рассматривать как одну из истерических черт, которые мы часто встречаем при самых разнообразных формах болезненного предрасположения; это же относится к колебаниям в настроении и к несерьезным угрозам самоубийством. Отсутствие реакции зрачков на свет, равно как, вероятно, и кожные рубцы, а также утолщение надкостницы очевидно являются остатком перенесенного луеса, который, однако, безусловно не имеет причинного значения для существовавшего уже с детства импульсивного влечения к поджогам. Так как эта в течение всей жизни существующая склонность к поджогам таит в себе большую угрозу собственной безопасности, то избавить больную от длительного заключения в больнице для душевнобольных не представляется возможным.

К сфере импульсивных влечений относятся точно также те болезненные расстройства, которые привели 22-х летнего химика (случай 63), в подследственную тюрьму, а оттуда в нашу клинику. Его обвиняют в том, что он совершил ряд непотребных действий с целым рядом мальчиков в возрасте от 10 до 14 лет. Обыкновенно он с ними заговаривал на улице, давал им небольшие поручения и брал их к себе в комнату, где старательно закрывал двери и ставни. Поговорив с ними некоторое время, он затем начинал привлекать их к себе, целовать, трогать за половые органы, расстегивать панталоны и мастурбировать их; несколько раз дело доходило до взаимной мастурбации и до действий похожих на coitus, хотя мальчики, обыкновенно, мало шли этому навстречу. Под конец он делал им подарки, просил их молчать и просил приходить опять на один из следующих дней. В открытом письме, направленном из места предварительного заключения одному из мальчиков, он просил у последнего прощения, уверял что он его "так сильно любил" и посылал ему "привет сердечный и поцелуй".

Необычайные обстоятельства этого случая дали повод к исследованию прошлого обвиняемого. Его отец, по полученным сведениям, был очень вспыльчив; маленький брат будто бы умер от судорог, сестра "нервна". Во время беременности больным мать пережила сильное душевное волнение; роды были трудные. Мальчик был необыкновенно слабый, только 4-х лет стал говорить понятно, переставлял и позднее слоги, напр., Ungzeit вместо Zeitung. При этом он страдал частыми головными болями, был очень пуглив и робок. Вследствие своего недостатка речи и своих плохих умственных способностей, он не мог учиться в народной школе, а учился в частной. Впоследствии он много раз менял школы, у него бывали серьезные ссоры с учителями, много времени он уделял гребле и катанью на парусах. С трудом удалось ему сдать экзамен на вольноопределяющегося. Он хотел поступить на военную службу, но не был принят вследствие уродства правой руки. После этого он учился в политехникуме, тратил очень много денег, выдавал себя за графа и сделал попытку к самоубийству, когда его обман был раскрыт. Попытки и старания устроить его на той или другой фабрике не удавались, так как он днями и неделями не являлся на работу, но постоянно требовал денег. Тогда он отправился в Бремен, чтобы уехать оттуда в Америку в Бремене он выдавал себя за доктора химии и пропустил свой пароход. Возвратившись домой, он был в очень возбужденном состоянии, сносился с родителями только письменно, требовал больших сумм для выполнения своих планов, не давая, однако, более точных указаний, каковы они. Он писал о "голосе, которого никто не слышит", о "тайном стремлении к чему-то, чего я не могу уловить, и что все-таки заставляет верить и надеяться, что это нечто удовлетворит

душу и ум, когда оно будет угадано и понято". Ему доставит удовольствие заниматься опасными, но важными опытами как, скажем, воздухоплавание, так как стремление к деятельности, требующей отваги, у него в крови. В своих неудачах до сего времени он виноват лишь отчасти; учителя ведь не знали, что делать с учеником, который "не так испечен, как толпа".

Уже давно родители замечали, что наш больной очень охотно бывал в обществе молоденьких мальчиков и делал им без всякого повода дорогие подарки. Он почти ежедневно отправлялся, вооружившись биноклем, ко времени окончания школьных занятий в сад и залезал на дерево, чтобы оттуда наблюдать за мальчиками, которые возвращались домой из школы, лежавшей напротив. Много раз он старался войти с ними в более близкое общение, приглашал их в отцовский сад, совершал с ними прогулки. Ряд записок, которые случайно попали в руки отца, должны были возбудить большую тревогу. В них больной сначала описывает, как два знакомых ему мальчика лежат в его "прекрасно убранной коврами и зеркалами комнате" на ковре с мягким высоким изголовьем, довольно тесно связанные друг с другом, так что они могут видеть себя в зеркале, но не могут встать. Они кричат; тогда он опускается на колени сначала рядом со старшим мальчиком, "чтобы доставить другому возможно больше моральных страданий", вытаскивает его penis "Amor" с "мошонкой" и мастурбирует его, оставляя его потом лежать, "брюки вниз, рубашка вздернута, Amor наружу"; и делает тоже самое с другим "с громадным наслаждением". С помощью двух других мальчиков эти действия продолжаются с самыми разнообразными изменениями от 1 часу 35 минут до 6 часов, причем продолжительность каждого акта как и "укрепляющих пауз" указывается с педантичной точностью. Там же имеются в таблицах обозрения половых переживаний с целым рядом мальчиков, причем подробности каждого случая приводятся самым тщательным образом, не упущено также и внимательное описание их телесных достоинств. Особенно замечателен подробный рассказ поездки из Гейдельберга в замок Монфор на Боденском озере, которую больной совершает в качестве графа в купе первого класса. В Штутгарте, где появляется камердинер, чтобы дать "отчет", удается принудить войти в вагон мальчика очень красивой наружности, гуляющего по перрону, и ему предлагается поехать вместе. Ему дают вина со снотворным, он засыпает и тогда его мастурбируют, а "белое" собирается в вазочке, предназначенной для "истечений Amor", которая потом запирается. Все эти происшествия также разрисовываются с поражающей тщательностью во всех подробностях. Далее, имеется обширный перечень вилл и дворцов в самых различных частях Европы и Америки с подробным перечнем богатого штата прислуги, начиная с "дворецкого", опись лошадей, лодок, кораблей и пр. Их общая стоимость 41.380.000 марок; к этому присоединяются еще имения и фабрики стоимостью 15 миллионов; собственный банкирский дом с 7 отделениями, океанский пароход и большие яхты стоимостью в 12.821.000 марок. Дополнение ко всему этому составляет описание назначения в Киль по тайному приказу кайзера, результатом которого является принятие во флот и повышение в чин капитан-лейтенанта в течение 2-х лет и дарование "очень высокого" ордена.

Находка этих записок дала отцу повод обратиться за советом к психиатру. Несмотря на сильное противодействие, больной все-таки был доставлен в нашу клинику, но воспользовался оплошностью служителя, чтобы через несколько дней убежать. Так как он упрашивал отца и давал самые лучшие обещания, то его отец сделал еще попытку и послал его изучать химию; едва два месяца спустя, последовал арест за преступление против нравственности.

Сам больной спокоен, рассудителен и ориентирован. Он рассказывает о своих жизненных перипетиях нерешительно, часто запинаясь и внезапно обрывая, но по порядку. Его память не нарушена, его настроение ровно; по временам можно заметить смущенную улыбку. Поведение его в общем естественно, может быть, однако, слегка слащавое. Свои подлежащие наказанию деяния он признает без всяких уверток, объясняет их тем, что он всегда тепло и страстно интересовался своими товарищами; вследствие этого постепенно получила развитие "плохая сторона его страсти", которая в конце концов заставила его, несмотря на сильную внутреннюю борьбу, искать забвения неудачной жизни в чувственных наслаждениях. Уже давно он был научен онанировать в одном из пансионатов, точно также несколько раз имел эротические забавы с товарищами, но после больше об этом не думал. Наоборот, его мысли были заняты молодой родственницей, на которой он бы и теперь охотно женился. В Берлине он вступил в половые сношения с женщиной, но потерял склонность к этому, после того как познакомился с одним 13-ти летним мальчиком, к которому он почувствовал сильное влечение. Только за последнее время его постепенно все растущая страсть усилилась до такой степени, что он, не задумываясь над безнравственностью своих поступков, совершал свои преступления. Теперь он сам себя не понимает и испытывает отвращение к тому, что он сделал. Со взрослыми мужчинами у него никогда не было подобных отношений, точно также он не испытывал половых ощущений при виде мучений других лиц, а также влечения к женскому платью или к женским занятиям. Его записки результат только игры воображения и не имею никакой реальной подкладки; он только все это себе разрисовывал в воображении, потому что это доставляло ему удовольствие; думать об исполнении всего этого в действительности было бы чистым безумием. Он просит, в виду того, что он, очевидно, совершил свои поступки в припадке "мгновенного нравственного помешательства", но теперь опять пришел в себя, не запирать его в сумасшедший дом, а позволить ему принять участие в опасной экспедиции в дальние страны. Внутренний голос, которого в нем не искоренить, все таки говорит ему: "Per aspera ad astra".

Телесное исследование больного обнаруживает крепкое телосложение, хорошую мускулатуру, легкую разницу зрачков, незначительный фимоз и эписпадию, небольшое укорочение фаланг на правой руке и

следы ранее произведенной операции сросшихся второго и третьего пальцев. Губы необыкновенно мясисты, голос с несколько нечистой фистулой. Других отклонений не отмечается.

Достойно внимания в приведенной картине болезни своеобразно беспорядочный образ жизни больного, неспособность примениться к обычному ходу обучения и удовлетворять его требованиям, многократная смена школ и жизненных целей. Эти затруднения, как и запоздалое умственное развитие, указывают на дефектное предрасположение, которое проявилось также и в телесных уродствах. В этом же смысле, без сомнения, надо толковать и половое извращение больного. На основании бесчисленных наблюдений мы знаем, что при нарушении психического развития половой инстинкт может проявляться очень рано. При этом часто дело доходит до онанизма, извращения естественной половой тенденции, что подготовляет почву для всякого рода причудливых извращений, в зависимости от случайных переживаний.

Так, первоначальное гомосексуальное направление полового инстинкта может остаться навсегда, чаще, как у нашего больного, наряду со здоровыми влечениями. Точно также, нередкое, к сожалению, половое влечение к детям то своего, то другого пола, позволительно рассматривать, как остановку полового инстинкта на ранней ступени развития, поскольку оно не обусловлено большей доступностью детей для половых вожделений, как это бывает у стариков и слабоумных. В связи с атавистическими остатками полового инстинкта, сопровождавшимися у наших предков борьбой, находится, вероятно, эротическое удовольствие при нанесении или претерпевании истязаний и унижений, при так называемых садистических или мазохистических отклонениях. Наконец, половое возбуждение может с такой силой вызываться отдельными аксессуарами половых отношений, определенными частями тела, одежды, материи, запахами, что оно вызывается только ими, а неестественными раздражениями — это фетишизм.

У нашего больного, по-видимому, решающим моментом для дальнейшего развития его половых влечений явилось знакомство с особенно понравившимся ему мальчиком, после чего он и впоследствии находил удовлетворение преимущественно с мальчиками. Рядом с этим в его записках проступают еще и черты садистических влечений. Полагали раньше, что любовь к собственному полу основана на прирожденном несоответствии между половым предрасположением и строением тела. Против этого понимания говорят, однако, многочисленные случаи, где, как и у нашего больного, происходит колебание между гомосексуальными и гетеросексуальными влечениями; кроме того, мы видим, что при неправильном развитии полового инстинкта под влиянием случайных моментов, возникают другие разнообразнейшие извращения, для которых подобное объяснение уже совершенно не достаточно. Существенным основанием половых извращений мы должны поэтому считать нецелесообразное направление и неустойчивость естественного полового инстинкта, как это во многих случаях характерно и для других сторон инстинктивной жизни болезненно предрасположенных личностей.

Поражающим является у нашего больного склонность к разукрашиванию действительных жизненных положений согласно своим желаниям и надеждам. В ней отражается столь частое у неполноценных личностей отклонение мыслей и действии от действительности, чему, конечно, особенно благоприятствует недостаточность аппарата для жизненной борьбы в соединении с повышенной подвижностью воображения и эмоций. Это признак того, что наш больной не в состоянии в жизненной борьбе биться оружием воли, как это доказывает и вся его прежняя жизнь, а старается уйти от нее, погружаясь в игру мечтаний. Так как он, таким образом, вряд ли добьется самостоятельного положения в жизни и, насколько можно предвидеть, не в состоянии будет победить свои противоестественные влечения, то надо думать, его будущее жизненное поведение еще не раз поставит его в затруднительное положение, приведет в столкновение с уголовным законом и, по всей вероятности, в соприкосновение с психиатром[1].

XXII лекция

Патологические личности

Психиатру часто то в шутку, то всерьез делается упрек, что он всех людей считает душевнобольными. И действительно, для того, кто имеет дело с болезненными душевными состояниями, ясно, что эти состояния имеют глубочайшие корни в процессах, с которыми мы встречаемся и в здоровой жизни. Везде, где мы пытаемся провести границу между душевным здоровьем и болезнью, мы наталкиваемся на промежуточную область, в которой совершенно незаметно происходит переход от нормы к выраженным душевным расстройствам. Особенно трудным делается разграничение, когда мы имеем дело с врожденными анормальными состояниями, а не с настоящими болезненными процессами, при которых суждение о состоянии больного облегчается возможностью сравнения болезненного состояния с поведением в здоровые дни.

[1] Больной вел очень непостоянный образ жизни, брался за многое, не приведя ни одного плана в исполнение, переменил религию, некоторое время был в монастыре, затем много раз в больницах для душевнобольных. Он еще 2 раза обвинялся в преступлениях против нравственности, но оба раза был освобожден от преследования, один раз по поводу проступков с мальчиками, другой раз с маленькой девочкой. Для признания паранойяльного заболевания не имелось никаких оснований.

Масштабом, которым мы должны руководствоваться при определении болезненных черт в душевной жизни человека, является отклонение от среднего уровня в смысле несоответствия между поведением и окружающей обстановкой. Но уже одно то обстоятельство, что известные черты поведения в зависимости от времени и обстоятельств различно могут оцениваться с точки зрения общей целесообразности, колеблет устойчивость всякого суждения в этом отношении. К этому далее еще присоединяется наблюдение, что отклонения от повседневного уровня не распространяются одинаково и равномерно на все стороны душевной жизни. Наоборот, мы находим среди обширной группы патологических личностей, поскольку они обусловлены процессом вырождения, всякие мыслимые смешения дефектов и извращений со здоровым, даже, можно сказать, выдающимся основным ядром личности. Это многообразие потому пестрее, чем многообразие здоровых личностей, что объем и различия болезненных отклонений представляются более широкими. Однако, по понятным причинам, только небольшая часть дегенератов попадает в руки психиатра; большей частью это происходит при столкновении с законом, когда необходимо судебное решение о душевном состоянии преступника. Многие дегенераты еще в состоянии более или менее сносно вести борьбу за существование при помощи своих здоровых способностей, неся на себе только отпечаток чудачества и странностей, которые выделяют их из толпы средних людей, но многие погибают от своей неприспособленности, вызывая, в зависимости от обстоятельств, жалость, презрение или отвращение.

Этой ночью к нам доставили 18-ти летнего слесаря (случай 64), который выбросился из окна 2-го этажа; к счастью, он отделался только ушибом стопы. Когда он к нам пришел, он плакал и заявлял, что он не хочет больше жить. Сегодня он рассудителен, понимает свое положение, дает связные показания и производит впечатление слегка угнетенного, не обнаруживая, однако, более резкого эмоционального волнения. При телесном исследовании мы, кроме ускорения пульса и трудно вызываемых коленных рефлексов, не находим никаких заметных отклонений. О событиях предыдущего дня мы узнаем от больного, что он после обеда в трактире играл в кегли со своим 22-х летним братом. Последний проиграл при этом что-то около 10 марок и когда они к полуночи шли домой, заявил, что он теперь утопится, так как он сейчас без заработка и средств. Несмотря на уговоры, он убежал, так что наш больной, потеряв его из виду, решил, что он бросился в близлежащую речку. После этого он впал в сильное возбуждение и тоже бросился в воду, но скоро вышел обратно, так как никто не откликался. После того как он сообщил о случившемся в трактире, он еще раз хотел броситься в речку, но сопровождавшие удержали его от этого и привели домой. Там он все еще не мог успокоиться, все хотел бежать, и, наконец, когда его на короткое время оставили без надзора, выпрыгнул в окно. По его словам, ему было безразлично, остаться лежать там внизу или уйти; в последнем случае он опять хотел броситься в воду. Он очень любил своего брата. Последний явился невредимым в 5 ч. утра домой.

Случай, разыгравшийся здесь, довольно обычный. Множество людей из года в год являются к нам в клинику, именно потому, что покушались на самоубийство. Среди них, однако, только третья приблизительно часть душевнобольны в тесном смысле этого слова. У других в общем поражает ничтожность повода побудившая их к поступку: домашний спор, ссора с возлюбленными или соседями, потеря места, ложные обвинения, страх перед небольшим наказанием, гораздо реже потеря близких, болезнь или хозяйственная нужда. Это совпадает с тем, что попытки к самоубийству обыкновенно являются аффективными действиями, которые совершаются в возбужденном состоянии, под влиянием мгновенного толчка, без размышления. Их источник приходится искать не в особенно тяжелых ударах судьбы, а скорее в чрезмерной эмоциональной возбудимости, которая позволяет уже по незначительному поводу терять голову и без дальнейших размышлений расстаться с жизнью. И на самом деле, главной массой спасенных самоубийц являются легко возбудимые психопаты, которые и при других обстоятельствах, именно в отношениях к своим окружающим, обнаруживают свою неспособность к самообладанию приступами резких аффективных вспышек.

Из анамнеза нашего больного следует заметить, что его мать была легко возбудима и часто преувеличенно весела, предрасположение, с которым мы часто встречаемся в маниакально-депрессивных семьях. Отец выпивает ежедневно 2—3 литра, по воскресеньям 4 литра пива. Наш больной также всегда отличался легкой возбудимостью, но был при этом мягкого и добродушного характера. Он рассказывает, что когда отец против своего обыкновения иногда запаздывал, то он сейчас же начинал бояться, не случилось ли с ним чего-нибудь. После смерти матери, 8 лет тому назад, он целый год был очень печален. Учился он средне и выпивал в среднем 4—5 полукружек пива ежедневно. В 15 лет с ним однажды случился обморок. Наше предположение, что мы здесь имеем дело с врожденным предрасположением к эмоциональным возбуждениям находит в этих данных подтверждение; сведения о матери и о поведении брата дают основание думать о наследственности. Обморок надо толковать как истерический признак, который у легко возбудимых людей встречается крайне часто.

Чтобы некоторым образом уяснить себе особенности таких индивидуальностей, может быть, полезно будет вспомнить, что умение владеть своими эмоциональными движениями приобретается лишь по мере созревания духовной личности. У детей сильные взрывы страха, гнева, озорства — ежедневное явление, и они разряжаются безудержно, выражаясь во всевозможных импульсивных формах. Нечто подобное относится в меньшей мере и к женщинам с их более сильной эмоциональной чувствительностью, в то время как у взрослого мужчины сознательная воля все более и более приобретает власть над движениями эмоций и их разряжениями. Повышенную эмоциональную возбудимость некоторых психопатов можно поэтому

рассматривать как частичную остановку на детском уровне, как остановку в развитии, которая помешала полному подчинению эмоциональных движений воле.

Описанная здесь картина была бы неполна, если бы мы не остановились еще на роли, которую сыграл алкоголь для нашего больного. Можно еще сомневаться, насколько неблагоприятно повлияли на предрасположение больного привычное пьянство отца, которое безусловно превышало меру допустимого. Но во всяком случае, количество алкоголя, которое он сам привык выпивать, особенно при его юношеском возрасте, должно было повысить его возбудимость и ослабить его волю. Очевидно, его попытка к самоубийству, как это очень часто встречается, была совершена тоже под влиянием алкоголя. По его показаниям, брат в тот вечер выпил 3-4, он сам около 2-х литров пива. Настоящего опьянения, по-видимому, не было. Но безрассудные поступки больного, его прыганье и стремление в воду без ясной цели, его импульсивный прыжок из окна совершенно напоминает непосредственные волевые разряжения пьяных. Мы имеем основание принять, что естественное волнение по поводу слов брата усилилось благодаря алкоголю, который вместе с тем исключил действие разумной мысли. В известном смысле можно сказать, что у больного вчера имело место ажитированное опьянение с преобладанием возбуждения, как это наблюдается у психопатов, эпилептиков, истериков, старых пьяниц, иногда уже после незначительного количества алкоголя, именно в связи с сильными душевными волнениями. При помощи целесообразно поставленных психологических опытов часто можно установить в цифровых данных, что у подобных личностей волевое возбуждение под действием алкоголя выражается особенно сильно. Мы поэтому настойчиво будем советовать больному воздерживаться в будущем от алкоголя, так как он в состоянии неблагоприятно воздействовать на дальнейшее созревание его воли.

Дальнейшее знакомство с почти необозримым разнообразием патологических личностей может дать Вам 33-х летний техник (случай 65), который после самых разнообразных блужданий по психиатрическим больницам, на некоторое время попал к нам. Сестра и тетка матери больного были душевнобольны. Сам больной в детстве, как говорят, страдал судорогами при прорезывании зубов, а впоследствии упал с дерева и при этом довольно долго лежал без сознания. Он с детства был невыносим, беспокоен и часто пропускал уроки. Хотя он не был бездарен, а наоборот, делал большие успехи, именно в математике, рисовании и литературе, однако у него не доставало усидчивости ни для какой работы. Он нигде не подчинялся порядку, был непокорен, отличался глупыми шалостями и поэтому много раз должен был менять школы и пансионы, куда его помещали. Случалось также, что он, чтобы избежать тяготившей его школы, просто пропадал на недели, чтобы потом появиться внезапно у каких-нибудь далеко живущих родственников. Половое развитие началось очень рано; больной уже в школе должен был лечиться от триппера, также много онанировал. Он перенес операцию фимоза и долго страдал ночным недержанием мочи. 20-ти лет он в качестве вольноопределяющегося поступил на военную службу, много раз бывал наказан за пьянство и за ночные отлучки, затем за неповиновение попал в крепость и, наконец, как “психически дефектный” был исключен с военной службы. Тогда пытались устраивать его в качестве волонтера в различные мастерские и фабрики, но повсюду его через короткое время увольняли из-за его склонности просто ничего не делать пить и развратничать. Точно так же не удался план поместить его в ремесленную школу; он кутил, не имея денег, в публичном доме и нанес рану ножом служителю, который его выбросил оттуда. Временами он жил у родственников или дома и на него была наложена опека. В один прекрасный день из-за “мало красивых отношений” с отцом он уехал, но был перехвачен и помещен, имея 24 года от роду, на короткий срок в больницу для душевно-больных. Когда он после выхода из лечебницы, повторил свой побег из дому, забравши при этом значительную сумму денег, которые он тут же немедля прокутил в публичных домах, он на 3 года был помещен в большую больницу для душевнобольных. Здесь он занимался музыкой, языками, математикой, стенографией, но поведение его было детски неустойчивое, беспорядочное, он дразнил и ругал других больных и персонал, везде заводил ссоры, при этом был требователен, вспыльчив, не поддавался воздействию, совершенно не понимал своего положения, самым охотным образом часто давал всяческие обещания, чтобы регулярно очень скоро снова начать вести себя по-прежнему.

По выходе из больницы начались новые попытки пристроить его то тут, то там, всегда с тем успехом, что он в короткое время делался нетерпим из-за половых эксцессов и столкновений с полицией. Однажды он опять ранил кого-то ножем и был за это осужден по суду. В конце концов он, однако, сдал экзамен на техника. Он стал делать долги, вел очень широкий образ жизни; “выпивалось здорово и я не отставал”, по его словам. С одного места его прогнали за манкирование работой и частое посещение публичных домов, “с которыми он уже издавна был знаком, и он опять был отправлен в больницу. Но он несколько раз убегал и жил тогда жизнью бродяги, добывая себе скудное пропитание тем, что закладывал свои вещи и играл на рояле в трактирах. Как только он что-либо зарабатывал, он прокучивал это в “трактирах с женщинами”, наконец, был арестован за кутеж без денег и подвергнут наказанию. От посланного его отцом человека, который должен был привезти его домой, он убежал, снова нашел себе место, но снова дал себя увлечь в разврат и опять понес наказание за кутеж без денег. То же самое снова случилось с ним в бродяжнической жизни, которую он стал опять вести. Наконец, он нашел в одной дружеской семье приют и работу, но, несмотря на все хорошие намерения постоянно, через короткое время опять убегал, напивался, не имея денег, бывал арестован и нес наказание. После того как это случилось 2 раза в течение одного месяца, и он в пьяном виде еще к тому попал под колеса, он по уговорам окружающих согласился быть помещенным к нам в клинику.

Большую часть своих похождений больной, который вполне ориентирован и правильно ведет себя, рассказывает сам. Его описания умелы, его память, кроме некоторых неточностей в определении длительности отдельных периодов его сложного жизненного пути, превосходна. Сообщения о его поведении из больниц, в которых он был до нас, он называет сильно преувеличенными, но в остальном он не выказывает никакого желания особенно скрасить свои жизненные перипетии. Наоборот, очень поражает, что он рассказывает свою историю с известным удовольствием и чувствует себя скорее героем. Стыда или действительного раскаяния нет и следа, и его обещания на будущее время носят печать чисто формальной манеры выражаться, к которой он прибегает, чтобы возможно скорее избежать неприятного гнетущего лишения свободы. “Хитрость выше силы” говорит он иногда. Что он, как это видно из его бесчисленных похождений, не способен жить на свободе, этого он совершенно не сознает. Не оценивая этих опытов, он убежден, что для него не представит никаких трудностей пробиться в жизни, как только он найдет работу.

И на самом деле, он добыл себе некоторую работу, которую он исполнил настолько хорошо, что ее хорошо оплатили. Однако, после того как он однажды воспользовался данным ему свободным выходом для того, чтобы снова напиться, не заплатив, он стал удирать все более хитрым образом, получал заработанные им деньги, пьянствовал в городе, играл в трактирах на рояле и, наконец, был приведен полицией обратно. Свои побеги он объяснял тем, что ему не дали определенных заверений относительно его дальнейшего будущего. Он вел бы себя безукоризненным образом, если бы ему обещали, что он через несколько недель или месяцев выйдет на свободу. Относительно телесных симптомов, кроме небольшой разницы зрачков, нельзя указать ничего важного.

Если Вы обратите внимание только на хорошие знания больного, на его память и естественное поведение, на правильность хода его мыслей, т. е. на те черты, которые прежде всего отмечаются при наблюдении, то Вы вряд ли предположите, что дело идет о патологической личности. И только при обозрении всей жизненной судьбы больного целиком, его поступков и его отношений к собственному прошлому, выясняется полный объем данной ненормальности. Поэтому все окружающие, которые имели случай ближе наблюдать его жизнь, постепенно пришли к этому мнению. Очевидно, дело идет о существующей с детства неустойчивости воли, следствием которой является недостаток всякой выдержки, всякого противодействия соблазнам. Очевидно, у больного не получили развития те мотивы действия, которые вытекают из моральных чувств. Он не чувствует непристойности и даже отвратительности своего образа жизни, он вспоминает скорее с известным удовольствием о своих похождениях; его поступки определяются не соображениями о родителях, о собственном будущем, а только мгновенными прихотями. Это близорукое себялюбие соединяется с повышенным самомнением, полным отсутствием сочувствия к другим, которых больной охотно делает мишенью своих насмешек, и, наконец, по временам с сильной раздражительностью, которая, особенно под влиянием алкоголя, часто вела его к тяжелым насилиям.

Неустойчивость воли также можно истолковывать, как частичную задержку развития духовной личности, если мы примем во внимание, что приобретение волевых навыков, направляющих наши действия в определенное русло, соединено с полной зрелостью человеческой личности. Законодательство всех стран признает поэтому лишь с известного возраста за поступками правовое значение. Дети в виду их внушаемости и несамостоятельности по праву пользуются дома в школе и учении особой защитой, попечением. У дегенератов неустойчивость соединяется со страстями и потребностями взрослых и поэтому ведет к тяжелым жизненным крушениям и к неприятному падению в общественной жизни. Положение нашего больного ухудшается еще тем, что он обнаруживает и другого рода дефекты, именно выдающееся отсутствие сердечности. Такие соединения встречаются часто, точно также как и возможное появление истерических расстройств, которые, ведь, также указывают на задержку в развитии; два случая обморока, которые ранее наблюдались у больного, можно истолковывать в этом смысле. Довольно фатальную роль в его жизни играл, как обыкновенно у неустойчивых людей, алкоголь, который, с одной стороны, еще более ослаблял его волю, а с другой, повышал его раздражительность до степени угрожающего состояния. Можно, однако, очень сомневаться, был ли бы больной при своем предрасположении в состоянии приспособиться к требованиям жизни и в том случае, если бы он на долгий срок мог воздержаться от алкоголя[1].

Ясно, что оценка таких личностей бывает очень различная. То же самое можно сказать и о 64-х летнем сельском хозяине (случай 66), который в течение почти 2-х десятилетий постоянно занимал собой врачей и судей. Все снова подымался здесь вопрос, имеют ли здесь дело с больным или с злостным человеком, и постоянно решался он различно. Больной происходит из очень дегенеративной семьи. Его отец был душевноболен и кончил жизнь самоубийством; брат отца был со странностями, очень скуп и вызывал много насмешек. Мать временно была душевнобольной и умерла от “мозгового удара”. Одна сестра была после родов душевнобольна, а брат по слабоумию находится в больнице для душевнобольных. После неоднократной судимости по незначительному поводу, с 42-х приблизительно лет от роду, когда он самостоятельно вошел во владение значительным отцовским наследством, начался нескончаемый ряд судебных процессов, которые его совершенно разорили. Дошедшие до нас, но еще не полные акты говорят о 81 судебном преследовании против него, о 41 поданном им доносе и о 110 гражданских исках. В 65

[1] Больной находился еще некоторое время в большой лечебнице для душевнобольных. Лет 15 тому назад, он с ведома своих родителей уехал в Америку, где он, как говорят, при некоторой поддержке, добывает себе средства к существованию игрой на рояле.

различных случаях он был осужден, правда почти всегда лишь к весьма небольшим денежным штрафам, так как преступные действия, начавшиеся с 45-ти летнего приблизительно возраста, без исключения были все очень незначительны. Особенно часто дело шло о нарушениях постановлений сельской полиции. Он проехал по чужому полю, пахал за границей своего поля, позволил своим коровам есть соседский клевер, при сенокосе шел дальше границы своего луга. Несколько раз он снимал жатву с угодий, которые были им уже проданы, чтобы только поссориться с покупателями однажды вырыл весь картофель с такого поля.

Вторую группу преступных действий составляют небольшие кражи и мошенничества. Он присваивал и пользовался чужими вещами, лежавшими без надзора, крал у соседа яйца под тем предлогом, что его куры будто бы снеслись у соседа, из тюрьмы забрал с собой инструменты, при развеске сена контрабандно подложил несколько тяжелых пеней на весы. Надо отметить также несколько подлогов: так он подписывал письма и заявления чужими именами. Он произвел много ложных обвинений и оскорблений. Последние относились, главным образом, к полевому сторожу, который несколько раз доносил на него, и потом к самым разнообразным людям, с которыми у него был какой-либо спор. Свидетелей, которые показывали не в его пользу, он обвинял в лжесвидетельстве; соседа, который подал на него жалобу за кражу винограда, он обвинил в подлоге документов; двух других в поджоге; один из них сжег связку сгнившего корму, который больной беззаконным образом скосил на его поле. Опекуна своего брата он обвинял в присвоении денег, одного из своих врагов в нарушении тишины и общественного спокойствия, общественных нравов, в подкупе и внебрачном сожительстве. За один год он подал 22 подобных доноса, к этому присоединилось 15 дел по возобновлению прежних доносов, апелляции к высшему прокурорскому надзору и в министерство. Бургомистра и письмоводителя он обвинил в изнасиловании, так как они будто бы сделали безнравственные предложения его жене в ратуше. Далее, была подана жалоба на соседа по обвинению его в покушении на убийство, без заранее обдуманного намерения: он будто бы нанес ему такие побои, что ему угрожала смерть; 2 года тому назад он подал совершенно такую же жалобу за побои, нанесенные его жене. Каждая из этих многочисленных жалоб ссылалась на показания свидетелей, которые большей частью или ничего не знали или показывали совершенно обратное; жалобы проводились по всем инстанциям, несмотря на свою явную, полную безнадежность. Иногда они относились к событиям, имевшим место много лет тому назад. Так, больной подал жалобу с требованием возмещения убытков в размере 5 марок на одного дубильщика, за пропавшую будто бы лет 10 тому назад телячью шкуру, обвинил его, так как тот отрицал это, в ложной присяге и использовал при этом все доступные ему юридические возможности.

Ко всем этим процессам, которые показывают нам больного в постоянной войне с окружающими, присоединяются наказания за безобразное поведение и угрозы, за нарушение тишины и спокойствия. Он по ночам загрязнял пороги у своих соседей, мазал дверные ручки калом, вывешивал публично записки оскорбительного содержания, сломал замок у дверей, угрожал насилием. Наконец, он преступал самым различным образом полицейские обязательные постановления, опаздывал на пожарные фальшивые тревоги, привязывал грязные трубы к общественному колодцу, чтобы провести воду в навозную бадью, не платил налогов на табак и за собак, не заявлял своих рабочих, вырыл без разрешения известковую яму, ехал по деревне против правил, оставил телегу с навозом у дверей своего соседа.

Не менее обширны были столкновения больного с судами по гражданским делам. Особенно богатый источник для этого представляли имущественные отношения больного к его подопечному брату. Каждая попытка опеки заставить его исполнить его обязательства вела к целой цепи жалоб, которые проводились с величайшей настойчивостью и регулярно поглощали большие суммы. Все соглашения оказывались бесполезными, так как больной их все равно не выполнял, и все возбуждал новые жалобы или вынуждал к ним. Мясник и булочник, врач и аптекарь также должны были подавать на него в суд, так как он по самым ничтожным поводам отказывался платить; за корову, купленную давным-давно, он не хотел платить под тем предлогом, что она будто бы была с недостатком, хотя он уже тем временем успел ее продать и у него остался от нее теленок.

Благодаря этим непрестанным процессам, которые нередко поглощали во много раз больше денег, чем стоил предмет спора, не говоря уже о потере времени для писания опросов, судебных сроков, больной неудержимо шел к разорению, так что он, наконец, должен был быть помещен в богадельню. Его жена долгое время старалась удержать его от бессмысленного сутяжничества, и спасти его тем, что она ловким способом заставила его перевести остаток состояния на свое имя. Но в конце концов, она сама заболела, по-видимому, сутяжническим помешательством и начала с своей стороны одна и в союзе со своим слепо следовавшим за ней мужем целый ряд новых тяжб, в связи с упомянутым переводом состояния, которые велись с величайшей страстностью, пока, наконец, наложение опеки не положило им конца. Наш больной издавна рассматривался окружающими, как “в высшей степени злостный сутяга”, который нигде не может придерживаться порядка и ищет только споров и тяжб. Однако, его жена уже 10 лет тому назад указала, что он очень нервен. Он плохо спит, каждую ночь встает в 1-ом—2-ом часу, варит себе еду, беспокойно возится, покупает себе вещи, которыми он не может пользоваться, и истратил без пользы около 6000 марок. “Когда он совершает какое-нибудь нарушение, то он, конечно, не думает, что будет наказан. Когда его присуждают к какой нибудь каре, то он очень поражен этим, совсем не может понять, почему он наказан, и жалуется, что его все преследуют”. Над ним необходимо назначить опеку. Произведенные тогда врачебные освидетельствования были противоречивы; по одному он страдал периодическими сумеречными состояниями, по другому он не болен, а хитер и изворотлив. Больной сам в одном из своих процессов

привел в качестве “важного основания”, что он невменяем и в виду этого не наказуем. Эту ссылку на свое душевное расстройство он повторял так часто, что уже 7 лет тому назад было предписано подвергнуть его исследованию в нашей клинике, чему он однако подчинился лишь по принуждению, по мнению окружного врача потому, что боялся, что его уличат, как симулянта.

После экспертизы, которая оставила вопрос открытым, должен ли он быть признаваем душевнобольным в смысле уголовного закона, старые раздоры и споры начались снова, пока, наконец, требование назначить над ним опеку, которое с своей стороны снова вызвало ряд противоречивых экспертиз, не дало повода к вторичному помещению его для наблюдения к нам в клинику.

Все эти сообщения этот среднего роста, плохого питания, сильно постаревший человек выслушал без малейшего следа внутреннего участия. Черты его лица сморщены, челюсти почти без зубов; большие уши сильно оттопырены; ушные мочки приращены. Правый зрачок шире левого, зрение слегка ослаблено. Кровеносные сосуды на висках и руках извилисты и жестки: в остальном, кроме незначительной, двусторонней паховой грыжи нельзя отметить других телесных изменений. Расстройств сна не наблюдается, вес тела со времени его первого пребывания у нас повысился.

Если вызовем самого больного на разговор, то окажется, что он рассудителен, ориентирован, правильно ведет себя. Более подробные ответы удается однако от него получить лишь с трудом и по принуждению, он вял, раздражен, дает скудные, уклончивые, неопределенные ответы. Только постепенно он приходит в несколько большее оживление. При этом выясняется, что у него сохранились очень хорошие воспоминания о своих тяжбах и что он часто защищает себя в тех же выражениях, как и в актах. Правда, он часто говорит, что он совершенно не может вспомнить того или другого обстоятельства, так как его память стала плоха; “если иногда, что случается, то я иногда не совсем знаю, что это было”. Однако, большей частью, удается осторожными вопросами, окружным путем выяснить, что он очень хорошо знает, о чем шла речь. В противовес этому, его познания о событиях и вещах, лежащих вне самого узкого крестьянского кругозора, в высшей степени скудны; счет также дается ему с трудом, однако большей частью приводит к верному результату. При выборах он голосовал так, “как на это распорядился г-н пастор”.

Во все свои процессы он попал совершенно невинно. “Я еще никогда не был не прав”. Всегда это была вина других, что он бывал осужден. Все лишь “ложь и глупые сплетни”; суд был неправильно осведомлен; на него ложно показали. “Что только могут говорить о человеке”. Он совсем не знает, как это он постоянно попадает в такие несчастные истории: люди были враждебно настроены против него; “нельзя добиться своего права”. Он же не может принять наказания, когда он не повинен, а все его жалобы отклоняются, потому, что ложные свидетели всегда показывают все иначе, чем было. Не было сделано надлежащее расследование; “если бы господа судьи сами пошли посмотреть, дело может быть сложилось бы иначе”. Все его бесчисленные доносы он сделал потому, что он не может видеть несправедливости, иногда он также был легкомысленен. Но, ведь, нужно же верить людям, раз они ему так подробно сначала все рассказали; иначе нельзя же больше верить и пастору на кафедре; ведь надо же показать, если узнаешь про какое-нибудь беззаконие. Если же его уличить, показав ему очевидную неправду его собственных показаний, то он вздыхает: “Ах, если б уже не быть на свете, ах, если б Господь Бог уже взял меня из моего несчастья”. Можно конечно, верить, чему угодно, и пусть ему уж лучше сейчас снимут голову. Теперь он только хотел бы еще, чтобы Великий Герцог расследовал “его дело”, с его решением он готов примириться. Он не болен душевно, а только подавлен и угнетен. Он хотел бы опять иметь свой дом и потом пешком пойти в Рим и Палестину. Если он ссылался на то, что его всегда считали душевнобольным, то это потому, что ведь защищаешься так, как можешь. С окружающими больной у нас мало имел дела, мало говорил по собственному почину, мало читал; часто он часами безучастно глядел в окно.

Если уже тяжелая наследственность больного сама наводит нас на мысль, что мы имеем здесь дело с патологической личностью, то все сомнения исчезают, когда мы видим слабость суждения, которая позволяет нашему больному затевать безнадежнейшие и бессмысленнейшие тяжбы, его неспособность научиться чему-нибудь из опыта, несмотря ни на какие потери, и страстное упорство, с которым он подрывает основы собственного существования. Все его действия и поступки напоминают на первый взгляд поведение больного сутяжническим бредом. Однако у него совершенно отсутствует внутренняя связь между бесчисленными тяжбами, нет исходной точки из одного и того же совершенно определенного повода, как это характерно для бреда преследования больного сутяжническим помешательством. Дело скорее идет о бесчисленном количестве маленьких войн и трений, которые происходят из его отношений к самым разнообразным лицам. В то время как сутяжнический бред носит параноидные черты и приводит к односторонности в отношении больного к праву, мы здесь имеем дело с болезненно неуживчивым человеком, чья индивидуальная чувствительность и упрямство постоянно вызывают трения с окружающими и всякую мелочь раздувают до безграничного. Не происходит поэтому развития болезни, а только накопление трений, которые, в конце концов, должны разорить и душевно сокрушить больного. Перемещение в совершенно новую обстановку в этих случаях большей частью действуют на некоторое время успокаивающим образом, но внутренняя сущность характера больного, конечно, от этого не меняется[1].

Замечательно, что здесь жена, которая вначале пыталась удержать больного, после ряда лет и в связи с

[1] Больной, 8 лет спустя в том же состоянии был помещен в больницу для душевнобольных и умер там через 4 года.

собственной судебной тяжбой заболела настоящим бредом сутяжничества. Подобные личности часто умеют втянуть других в ход их бредовых мыслей. Здесь это могло произойти тем легче, что ее муж должен был оказаться особенно доступен для такого влияния.

XXIII лекция

Патологические преступники и бродяги

Связанное с неприспособленностью к жизни патологическое предрасположение, которое мы оцениваем как выражение вырождения, не только обременяет субъекта тем, что в борьбе за существование заставляет его на каждом шагу отставать от своих более счастливых товарищей, но часто представляет даже большую опасность для общества. На последней лекции мы уже видели, как некоторые формы патологических особенностей, если они делают невозможным приспособление личности к Определенным жизненным условиям, могут вести к столкновению с правовым порядком. Чем более глубокие основания при этом эта неспособность к общественной жизни имеет в предрасположении личности, тем неискоренимой является склонность к противообщественным действиям. Так возникают безнадежные преступники-рецидивисты, среди которых мы различаем слабовольных привычных преступников, импульсивных преступников определенного направления и односторонне одаренных профессиональных преступников. К ним затем присоединяются еще бездушные враги общества и, наконец, пестрая группа бродяг, среди которых преобладают неустойчивые, слабоумные и пьяницы.

Удивительную смесь неспособности к упорядоченной деятельности с необычными дарованиями представляет 30-ти летний актер (случай 67), который три недели назад попал к нам, потому что он под чужим именем мошеннически выманил бриллиантовое кольцо у проститутки. Он его просто надел себе на палец и заказал девушку, которая надеялась на дальнейший заработок, на следующий день в шикарный отель, где она его, однако, не нашла. При аресте он утверждал, что она подарила ему кольцо, он успел уже его между тем продать. В подследственной тюрьме он сделал несерьезную, по мнению врача, попытку к самоубийству и затем заболел припадками возбуждения с судорогами, что и дало повод к препровождению его в нашу клинику.

Несколько бледный, плохо упитанный, гладко выбритый, одетый с известной убогой элегантностью, этот человек по наружности и всему своему поведению представляет законченный тип опустившегося актера. Он говорит необыкновенно умело и много, употребляет звучные высокопарные выражения и термины из области искусства всех родов и засыпает нас целым потоком поразительнейших событий из своей жизни. Гимназию он кончил 16-ти лет, пошел сначала во флот, потом изучал медицину в университете в Чикаго, затем в Страсбурге и в Лейпциге, сдал свой полукурсовой экзамен в Вюрцбурге. После этого он сделался актером, в дальнейшем последовательно кучером, кельнером, золотоискателем в Южной Африке, метельщиком улиц в Нью-Йорке. Там с ним познакомился русский барин, который взял его с собой в свое имение в Россию. Он научился русскому языку и поехал в качестве переводчика в Тегеран. Однако любовь к искусству погнала его снова на сцену. Он играл в России, затем попал в Брюссель, где он в крайней нужде сделался носильщиком и в качестве такового познакомился с Ко кленом, который ангажировал его для Theatre fransais и взял его с собой в свое большое артистическое турне в восточную Азию. Потом он играл на всевозможных выдающихся сценах, всегда первые роли, женился на девушке из хорошей семьи, небесно чистом существе, которое подарило ему 4-х детей, умерших в течение короткого времени.

При описании своей невыразимо счастливой семейной жизни больной впадает в глубоко растроганное состояние, оплакивает свою судьбу, рисует себе, как ужасно это было бы, если бы его старый отец или незабвенная мать что-нибудь узнали о его теперешнем состоянии. Его преступление было совершенно невинным поступком. Он хотел только пощеголять кольцом, совсем не думал его сохранить для себя и только нужда заставила продать его. В остальном же он приличный человек, которому нельзя же противопоставлять девку, “существо, вся жизненная база которого покоится на высшей потенции эротических припадков”.

Если мы проанализируем эти причудливые сообщения ближе, то, конечно, тотчас же обнаружатся грубейшие противоречия. Больной признает их тотчас же без обиняков, заменяет их новыми, совершенно отличными рассказами, причем объясняет, что он по особым соображениям вынужден был некоторые подробности представить в другом виде. Но и новые сообщения оказываются вымышленными, и, таким образом, от него можно услышать подряд самые разнообразные описания его жизни, про каждое из которых он “под честным словом” заверяет, что теперь он, наконец, сказал чистую правду. Действительные основания его выдумок становятся нам легко понятными из разоблачений судебного следователя относительно его прошлого. Выяснилось, что мы имеем дело с авантюристом, родом из России, который уже много лет под самыми различными именами и в самых различных городах совершил бесконечный ряд невероятнейших мошенничеств и везде внезапно исчезал, оставляя после себя многочисленные долги: он уже много раз подвергался наказанию.

Если мы ему напоминаем об этом, то он не смущается в выборе отговорок. Кое-что он прямо отрицает,

кое-что представляет совершенно в другом виде; еще кое в чем с сокрушением сознается, и ищет себе оправдания в нужде или других особых обстоятельствах, подчеркивает при этом всегда, что он собственно все-таки вполне человек чести. Искусство и ловкость языка, которые он обнаруживает при этих разговорах — поражающи. К этому надо прибавить, что он в совершенстве владеет немецким, русским и французским языками, прилично говорит по-английски, польски, румынски, венгерски, итальянски, шведски, и даже несколько понимает по латыни, гречески и древне-еврейски. Он обладает отдельными, правда очень поверхностными и отрывочными сведениями в самых различных областях знания, старается и у нас в разговоре приобрести возможно больше медицинских познаний, которыми он потом при случае воспользуется с самоуверенностью профессионала. Он очень ловко умеет овладевать окружающими, добиваться всяческим путем поблажек, сейчас же становится интимен и навязчив, как только к нему отнесутся любезно.

У нас также наблюдался целый ряд "припадков", во время которых больной с громкими стонами и стенаниями извивался, визжал, клянчил дать ему морфия; множество выдающихся врачей, которых он называет по имени, будто бы считали это средство необходимым. Наконец, он стал грозить самоубийством, сделался груб, агрессивен, но успокоился после вспрыскивания воды. Подобные припадки у него раньше бывали часто, поэтому он был во многих психиатрических клиниках; один из его домохозяев показал, что он страдает эпилепсией. Однажды он временно лишился языка, не мог произнести звука, не понимал также, что ему говорят, и после написал на бумаге: "паралич голосовых связок". Его не удается привлечь ни к какой серьезной работе, он читает только романы, курит, болтает, играет отвратительно, хотя и не без таланта на рояле, декламирует, правда очень средне, наблюдает окружающих и старается по возможности развлекаться.

Можно сомневаться, имеем ли мы право считать эту своеобразную личность в действительном смысле этого слова душевнобольным. Мы имеем дело с врожденный мошенником, которому при всей его многообразной одаренности недостает самых существенных условий для труда, именно — выдержки и чувства долга. Вся его жизнь носит поэтому печать беспорядочности и безнравственности. Он неспособен ни к какой упорядоченной деятельности; он нигде не выдерживает долго, он постоянно жаждет перемены. Его память превосходна, но ему доставляет очевидное удовольствие поражать своих слушателей все новыми выдумками. У него нет ни малейшего чувства недопустимости своего поведения. Хотя он, по-видимому, приходит в живейшее волнение по поводу своих собственных выдумок, на самом деле сколько нибудь глубокое эмоциональное движение ему чуждо. На первом плане у него стоит личное тщеславие, которое заставляет его прибегать к фантастическому хвастовству, к нанесению вреда людям, совершенно с ними не считаясь, к бессмысленному транжирству деньгами, которые он добывает себе мошенничеством, воровством и обманом, не испытывая при этом угрызений совести.

Если к подобному человеку применить мерку судьи, то он является и представляется просто преступником, авантюристом. Врач, однако, не может избавиться от впечатления, что он имеет перед собой врожденную дефектность, которая сильнее всякого воспитания, опыта и самообладания. Мы должны вспомнить при этом тот известный факт, что многие дети, не говоря уже вообще о свойственной им любви к переодеваниям, сказкам, фантастическим рассказам и играм, обнаруживают по временам возбуждающую опасение склонность ко лжи и выдумкам. С созреванием личности эта склонность обыкновенно исчезает бесследно, только как исключение остается иногда надолго особенная живость фантазии, ненадежность в показаниях, влечение к приукрашиванию повествований.

Поэтому правильнее всего рассматривать "Pseudologia phantastica", как назвал Delbruck болезненную склонность ко лжи и обману, как дальнейшее гипертрофированное развитие детской особенности, которая, обыкновенно, подавляется возрастающим развитием чувства действительности. За подобное толкование говорит почти постоянно наблюдаемая примесь истерических черт. Они имеются и у нашего больного, хотя мы и должны его "паралич голосовых связок" рассматривать, как сознательный обман. Достойно внимания, что он лжет и мошенничает отнюдь не только из корысти, но очень часто, по-видимому, от чистого удовольствия, которое доставляет ему легко ему дающаяся способность к выдумке. Ему, конечно, придется самым плачевным образом нести последствия этой своей склонности, так как он, без сомнения, в глазах психиатра явится индивидуальностью с болезненным предрасположением, а в глазах судьи по всей вероятности хитрым и опасным мошенником[1]. Только против воли и после настойчивых уговоров согласился рассказать о своих бурных жизненных судьбах бледный, мрачно глядящий, коренастый человек (случай 68), которому мы посвятим в дальнейшем наше внимание. Он сначала дает лишь короткие, часто насмешливо и горько звучащие ответы, но после дружеских уговоров делается постепенно несколько доступнее и, наконец, находит, по-видимому, даже удовольствие в том, что может по своему облегчить себе душу. Он рассказывает вполне ясно и по порядку, в замечательно умелой и плавной речи, что он родился вне брака, был воспитан чужими людьми и 13- лет от роду впервые наказан за воровство. Благодаря этому он попал в плохие обстоятельства, которые вели его постоянно к новым столкновениям с законом, особенно в виду того, что он был легкомысленен и страстен. Его приемный отец много лет был болезнью прикован к постели, а его приемная мать, о которой он говорит с известной привязанностью, должна была выносить на

---

[1] Больной в дальнейшем опять был осужден в Вене, а несколько лет спустя под именем д-ра Б. в качестве коллеги пытался самым навязчивым образом попасть ко мне на квартиру, в чем ему, к моему сожалению, было отказано раньше, чем мне удалось поговорить с ним. Несколько позже он появился у другого, ранее знакомого ему коллеги, чтобы выпросить у него что-нибудь.

своих плечах всю тяжесть хозяйства и добывать средства существования, а потому не могла обращать достаточно внимания на его воспитание. “Благодаря этой свободе я оставался без всякого присмотра, предоставленный самому себе, и это явилось основанием моего дальнейшего несчастья. Мои шалости могли превратиться в черты характера без того, чтобы это заметили”. “Моя мать отличалась добродушием и думала поэтому, что она мне ни в чем не должна отказывать”. Она предоставляла в его полное распоряжение деньги, которые он случайно зарабатывал и, насколько могла, даже с жертвами для себя, доставляла ему все то, что имели дети, жившие в лучших условиях. “Я упоминаю об этом только для того, чтобы никто при суждении о моей жизни не впал в ошибку, думая, что мои родители плохо влияли на меня”. В школе он хорошо учился, но об нем говорилось: “мог бы при большем прилежании и внимании, а также при более аккуратном посещении школы быть одним из первых учеников”. Он рано стал искать развлечений и удовольствий и добывал себе недостающие для этого средства незаконным путем, причем доверявшие ему приемные родители легко давали себя вводить в заблуждение. “Это было началом пути, который привел меня к крутому спуску”. За этим последовал целый ряд преступлений. “При суждении о последних по актам, многие, как я знаю это по опыту, склонны составить себе обо мне фантастическое представление в том смысле, будто в моих проступках проявляется природная склонность и интерес к преступлениям. Это, однако, не так, но благодаря сложившимся обстоятельствам, лучшие способности и качества не могли развиться; наоборот, обстоятельства способствовали тому, что мои дурные качества развернулись. Основу же моих дурных качеств составляла жажда наслаждений”. Непосредственно после первого препровождения в тюрьму, запертый в камере, чувствуя отвращение к тому питанию, которое ему давали, он будто бы впал в состояние тоскливого возбуждения, о течении которого он совершенно потерял воспоминание, помнит лишь, что он очнулся с головной болью, лежа на постели, вокруг него врач, директор и надсмотрщик.

О его дальнейшей судьбе мы узнаем, что он очень часто бывал наказан за воровство, а также за нищенство и три раза был в работном доме. Свои проступки он признает без оговорок, но без всякого внутреннего волнения, старается представить их как естественные последствия своего предрасположения и воспитания, особенно же вследствие тех условий, которые делают для осужденного почти невозможным снова подняться после отбытия наказания. “Лень, жажда удовольствий, легкомыслие, мстительность, жадность и т. п. обыкновенно указываются в актах, как те особенности, которые составляют индивидуальную причину преступлений и проступков. Обстоятельства большей частью содействовали развитию дурных сторон, и тогда только вопрос времени, когда соответственное лицо попадет в конфликт с уголовными законами”. Что касается его, то он никогда не поступал руководствуясь “высокими принципами”, но следовал мгновенному настроению. Тюремная организация, которая всегда восхваляется как гуманная, совершенно не годится. “Молодому заключенному не предоставляется ни малейшей возможности научиться чему-нибудь для будущего жизненного призвания. Наоборот, большей частью отбывание наказания прерывает время обучения, и соответствующее лицо терпит ущерб на всю жизнь благодаря ошибкам молодости. Когда плохое воспитание приводит в тюрьму, и последняя отнимает лучшие годы жизни, то может развиться только влечение к безграничной свободе, которое уже таит в себе зародыши нового преступления”. Общество освобожденных преступников состоит или из тех, кто редко пропускают случай совершить преступление, или таких, которые постоянно ждут такого случая или ищут его, и из таких, которые систематически избирают в качестве дальнейшего жизненного призвания бесчестное, специальное ремесло, как карманные воры, шулера, работающие с подобранными ключами отдельно или в сообществе. “Для того, кто часто был наказан, является в общем затруднительным порвать с прошлым”. “Его всюду встречают с недоверием; он поэтому не находит внутреннего удовлетворения и вряд ли будет в состоянии противостоять искушениям со стороны прежних приятелей, которые готовы разделить с ним всякое положение и каждый кусок хлеба”.

Во время этих рассуждений он попутно делает разные замечания о положении в различных исправительных учреждениях и особенно в работном доме; намекает, что там терпишь насилие, не можешь найти права и что здоровье там страдает. Во время последнего наказания, которое он понес за то, что в пьяном виде разбил стекло, он незаконно был препровожден в работный дом, и потому устроил страшную сцену судье, а затем неоднократно жаловался в министерство; тогда его послали в сумасшедший дом, чтобы заткнуть ему рот и помешать разоблачению разнообразных безобразий, хотя он отнюдь не душевнобольной. Он только телесно болен, часто страдает головными болями и желудком. В его семье страдают странным тяжелым нервным заболеванием, которое выражается болями в самых различных частях тела; его отец умер от этого, его внебрачный брат страдал падучей болезнью. Пусть его только теперь отпустят, чтобы он мог снова войти в упорядоченные условия жизни; тогда к нему вернутся опять радостные и веселые мысли.

Согласно нашим расследованиям школьные записи этого человека очень плохи и говорят о многих недозволенных проступках. Его дальнейшая жизнь почти сплошная цепь тюремных и арестантских заключений; к 25-му году своей жизни он имеет за собой уже 9 лет лишения свободы, все за многочисленные кражи, которые он совершил большею частью в сообществе. Ценность украденных, при случае и со взломом, вещей большей частью была не велика, вырученное быстро прокучивалось. За последние 9 лет имеется лишь одно продолжительное заключение за несколько незначительных краж, но к этому присоединяются еще 19 коротких арестов за нищенство, наконец 3 заключения в работном доме. В тюрьмах этот человек везде описывается, как очень опасный для общества, опустившийся и ленивый. Многократно он бывал наказан за ленность и непокорность, один раз подвергнут телесному наказанию за

попытку к побегу. В одной из арестантских тюрем его, в виду припадка возбуждения, считали за психически не совсем здорового человека и долгое время держали в отделении для больных.

Очень интересны его многочисленные жалобы на обращение с ним. Уже в одном письме, писанном 16 лет тому назад, он упрямо утверждает, что его несправедливо осудили и что, наоборот, других вещей, которые он действительно совершил, не раскрыли. И в дальнейшем он часто пытался добиться пересмотра дела в том или ином случае. При каждом кажущемся или действительном ущербе он жаловался и умел большей частью очень ловким и действительным образом настаивать на своем праве, ссылаясь на конституцию, законы, обычные правовые нормы и правила морали. Он обнаруживал при этом величайшее упорство, и заявлял, что он не даст себя угнетать, что он подаст жалобу и что он будет защищаться всяческим образом; “если потому меня преследуют, что я сделал что нибудь плохое, то Вы можете меня наказывать по суду, но особенно плохо обращаться со мной потому, что я жалуюсь, потому, что я ищу моего права и не даю себя угнетать, этого я не потерплю; это не хорошо”. Целый ряд подобных, выраженных очень твердым тоном, украшенных очень острыми оборотами жалоб были направлены против его последнего препровождения в работный дом, против обращения там с ним со стороны служащих и врача. Эти жалобы послужили поводом для передачи его к нам в клинику, так как его считали больным паранойей.

У нас сначала он вел себя очень сдержанно, высказывал различные ипохондрически окрашенные жалобы на свое состояние, в то время как его телесное состояние обнаруживало только известную анемию. Он скоро начал с жаром заниматься, списывал стихи, делал выписки из учебника психиатрии, который ему дал другой больной и доставлял нам подробные описания своей жизни. В них он между прочим пишет: “В молодости, до 24-х летнего возраста, я отдавался вполне во власть чувственных ощущений, так что последние и явились источником моих излишеств, однако я не был тогда особенно недоступен действию моральных принципов. Мои поступки были результатами моих мгновенных настроений. Если бы я руководствовался моральными принципами в своих поступках, мои злые побуждения, правда, могли бы быть подавлены, но мои тогда уже тяжелые обстоятельства требовали бы долгих страданий, не улучшая при этом моего положения. Поэтому я не испытывал никакого влечения к лучшим поступкам. Я был и остался легко возбудимого темперамента, и я не умел подавлять и властвовать над неприятными впечатлениями. В моей жизни часто можно найти черты вспыльчивой страстности, настойчивое упорство в склонностях, взглядах и ощущениях, так что они делаются привычными и таким образом создаются многие странности”. “Я должен признать, что незначительные причины часто и надолго меня без нужды злят и возбуждают, точно также, что я из-за них иногда целыми днями в плохом настроении”. Его внешнее поведение было всегда вполне приличное, спокойное и вежливое, но он держится холодно и мало доступно также по отношению к другим больным. На отношение служителей он постоянно жаловался, приводя мельчайшие подробности, относился к ним враждебно и недоверчиво.

Данная нам им самим характеристика своей личности, ясно показывает, что причиной его жизненного крушения не был недостаток ума. Он сам приписывает вину в этом своей жажде удовольствий и недостатку самообладания, которые позволяли ему поступать не руководясь “высокими принципами”. Однако его никак нельзя отнести к неустойчивым людям минуты, которые просто дают случаю вести себя и определять свою судьбу. Это особенно видно из постоянства и упорства, с которыми он восстает против всякого притеснения. Поэтому, на него совсем не легко влиять, а наоборот он недоступен и упрям. Он даже стал в определенную оппозицию существующему общественному порядку, на который он, главным образом, возлагает ответственность за свою испорченную жизнь. Он с известным удовлетворением чувствует себя мучеником, на которого несправедливо клевещут и оскорбляют.

Если это его толкование, в котором нет и следа настоящего раскаяния, говорит о повышенной самооценке, то в остальном поражает необыкновенное противоречие между острым, проникающим пониманием всего своего положения и глубокой неспособностью обратить знание в дело, и не потому, что воля сама по себе слаба и неустойчива, а потому, что, очевидно, нравственные побуждения не в состоянии действовать на него. Желание выбраться из ясно жалкого положения, очевидно, никогда не достигало у него той страстной силы, с которой действительное раскаяние действует на волю; тоска по свободе, самостоятельности, уважению общества не была в состоянии побудить его к подавлению мгновенных страстей и к длительному напряжению своих сил. И теперь, когда его прошлое, правда, сделало почти невозможным возврат к порядочной жизни, он ощущает не столько этот факт, сколько маленькие неприятности дня; он не делает ни малейшего усилия каким-нибудь образом снова попытаться начать более достойную жизнь. И так как он при всем обнаруживает живой умственный интерес и по собственному желанию прилежно работает, то мы едва ли можем отказаться от предположения, что здесь мы имеем дело с нравственным убожеством при хороших умственных способностях.

Можно, конечно, сомневаться, надо ли это явление рассматривать как болезненное. Мы знаем из многообразного опыта здоровой жизни, что моральная и умственная одаренность совершенно не зависят друг от друга. Болезненной дефектность в том и другом направлении считается только тогда, когда она достигает известного условно установленного предела. Во всяком случае, мы должны будем относить резко выраженные несоответствия с серьезными нарушениями в развитии душевной структуры личности; на это указывает и близкое причинное сходство ее с другими формами вырождения. Соображения, которые мы приводили уже не раз, заставляют нас считать, что чувства человека по отношению к окружающим, особенно же к общим целям общественной жизни, развиваются только сравнительно поздно и требуют

особого воспитательного воздействия. Этим наблюдениям соответствует тот факт, что преступные склонности у детей проявляются не так уже редко и совершенно исчезают по мере созревания личности. Мы поэтому можем отличать "преступника периода развития" с временным перевесом своекорыстных побуждений от "преступника дегенерата", у которого нравственные чувства и руководимые ими волевые побуждения поражены длительно. У таких субъектов наблюдаются и другие психопатические черты, как мы видим это у нашего больного в виде повторяющихся у него состояний возбуждения и депрессий, в виде его ипохондрических жалоб и его склонности к сутяжничеству.

Группу преступников дегенератов, к которой относятся самые тяжелые формы "общественно-опасных", можно вместе с Lombroso называть "врожденными" преступниками, так как по отсутствию у них нравственных побуждений в поступках они с самого начала не поддаются воспитанию для жизни в обществе, и поэтому с самых юных лет с известной необходимостью впадают в конфликт с правом. Они принципиально неисправимы и проводят обыкновенно большую часть своей жизни в различных местах заключения; небольшая часть из них с более сильно выраженными болезненными чертами, наконец, кончают больницей для душевнобольных[1].

Точно также к пасынкам судьбы принадлежит 44-х летний, добродушный на вид, преждевременно постаревший мужчина (случай 69), который недавно был доставлен к нам вследствие алкоголизма. При обращении к нему он первоначально приходит в некоторое смущение, но потом начинает с неожиданной живостью в словах и жестах рассказывать о своей судьбе. Много раз он с трудом удерживает слезы. Его отец, обладавший робким, мягким характером, умер рано; его мать была чрезвычайно вспыльчива и страстна; вышла впоследствии вторично замуж. Самого себя он рисует "трусливым по натуре, как заяц, без духа предприимчивости"; ребенком он искал одиночества, никогда ни с кем не дрался, ругается он самое большее как маленький шпитц, который лает; "когда доходит до дела, то я никуда не гожусь".

Ремесло мясника, которому он должен был учиться, было ему не по духу, и он сбежал. Но и как булочник он не выдержал долго, а уже с юных лет стал вести полную превратностей жизнь, которую, он продолжал с небольшими перерывами до последнего времени. Сначала он был в компании людей, которые содержали его как красивого мальчика и пользовались им в половых целях; позже он держался больше один. Так как он совсем не обладал чувством любви к месту, то блуждал повсюду, чувствовал непреодолимую потребность видеть мир, и не мог нигде оставаться надолго, даже и тогда, когда ему, как это неоднократно случалось, открывалась возможность получить постоянное и удобное положение. Причиной к тому было "страшное легкомыслие", наследие его матери. Нервное беспокойство, погоня за новым, стремление к разнообразию разрушали все. "Я был как маленький ребенок до 20-го года моей жизни, немножко понимания явилось только за последние 10 лет". Больше 6 месяцев он не оставался нигде; из году в год он отправлялся со своей родины Саксонии странствовать по Германии, Австрии, Венгрии, Италии и Франции; одно время он присоединился к цыганскому табору. Зарабатывал он себе на жизнь как мог, изготовляя детские игрушки из дерева и картона. К более серьезной работе он чувствовал себя неспособным. "Будучи более неловок, чем 12-ти летний ребенок, ко всякой работе, не обладая никакой склонностью к какому бы то ни было ремеслу, чувствуя непреодолимое отвращение ко всякому, хотя бы в самой незначительной степени однообразному занятию, я не испытываю никакой радости или интереса, которые необходимы для какой бы то ни было работы".

Он пробовал все возможное, но постоянно оказывался негодным, и пришел затем к убеждению, что удачный результат работы "без его особы обеспечен лучше".

Когда он был в нужде, ему в конце концов не оставалось ничего другого, как просить милостыню, но это ему было очень тяжело. "Я и сейчас этого еще не могу, не могу ни с кем заговорить; это противно моей натуре; для меня это возмутительное чувство, когда я принужден прибегать к чужому милосердию, род стыда и гордости". По примеру своих товарищей, он научился прогонять эту робость при помощи водки. "В пьяном виде мне это ни почем; когда у меня не было денег, прежде всего надо выпить рюмочку, скорее я готов терпеть голод". Точно также при хождении по домам, при поисках работы, ему мешала его "особо выдающаяся трусость"; он терял мужество как только кто-нибудь с ним резко обращался, или когда его предложение не увенчивалось быстрым успехом. Поэтому он в вине старался набраться мужества с таким рвением, что, наконец, не проходило дня, чтобы он не напивался водкой, вином или пивом; несколько раз у него бывал делирий, большей частью тогда, когда его сажали за нищенство и бродяжничество в тюрьму, что с ним случалось раз 20—30; других наказаний ему, по его показаниям, не случалось понести. Когда у него была работа, он пил мало, в особенности водку, которая ему собственно противна, но на проезжей дороге и в заезжих домах, где повсюду много пьют, пьянство тотчас начиналось снова. В половом отношении он продолжал большей частью оставаться онанистом, чем он начал заниматься с юности. Сношений с женщинами он искал только несколько раз. Большей частью он чувствовал себя слишком робким для этого; он охотно, конечно, женился бы на красивой девушке: он умеет очень хорошо поддерживать разговор, но не умеет "сделать предложение". К половым отношениям с мужчинами он питает теперь, по крайней мере в

[1] Больной вскоре убежал, через несколько недель после этого был за кражу осужден к 11/2 годам арестантских работ, заболел бредом преследования и попал поэтому сначала в наблюдательный пункт для душевнобольных преступников, а затем в больницу для душевнобольных, но через три года после выхода из нашей клиники был снова отпущен. Дальнейших сведений о нем не имеется.

трезвом виде, отвращение.

Лет 15 тому назад в заключении он научился от товарища искусству лепить из хлеба цветы и фигурки и дошел в этом до изумительного совершенства. Когда он нам показывает свои маленькие произведения искусства: корзиночки для цветов, группы деревьев с карликами, “охоты”, “битвы” — его глаза сверкают и он приходит в известное воодушевление. “В моем деле я чувствую, что я стою столько же, сколько и другой; тут у меня является чувство собственной личности вместо прежнего рабского состояния”. С этим его умением у него связываются надежды на лучшее будущее. Он хочет перестать пить; “может быть радость успеха прогонит мучающих меня демонов скорее, чем это мне представляется”. “Я теперь уверен, что только мое искусство может явиться тем средством, при помощи которого я могу достигнуть горячо желанной цели. Я не желаю ничего другого, как быть человеком среди людей. Материальным удовольствиям я не придаю никакой цены, я презираю роскошь и удобства”. “Чего я желаю — это честного уважения общества; я хотел видеть навсегда уничтоженным в себе чувство считать себя хуже каждого. Это было чувство желать спрятаться от каждого шута горохового, убеждение, будто другие имеют надо мной какую-то тайную власть, смесь рабской покорности, страха, стыда, боязни, малодушия и боязни людей”. Особенную радость доставил бы ему театр. “Было время, когда я первую часть Фауста мог цитировать наизусть. Именно по Гетевскому Фаусту я составил себе свое миросозерцание, но, Боже мой, я все-таки слишком необразован, чтобы понять все это. Но в конце концов все это в высшей степени безразлично, так как настоящей правды не знает ни один смертный”. “Я в дальнейшем назначил себе Италию как родину на зиму[1]; если только у меня начнут выходить лучше религиозные темы, то у меня там большое поле для моего искусства.

При телесном исследовании больного, кроме мелкого дрожания языка и растопыренных пальцев, а также сильного качания при стоянии с закрытыми глазами, нельзя отметить никаких заметных расстройств. Его поведение за все время наблюдения было совершенно спокойное, вежливое и правильное, он с большим рвением работал над целым рядом своих изящных произведений из хлеба и составил подробное, довольно искусно написанное жизнеописание.

Мы лишь очень недостаточно определили бы состояние нашего больного, если бы признали его просто пьяницей. Без сомнения, у него, как вообще приблизительно у 70% бродяг, пьянство в значительной степени повинно в том безотрадном падении, к которому он постепенно пришел. Из его описания, однако, ясно видно, что первоначально совершенно другие причины привели его на путь к бродяжничеству, и что его склонность к пьянству имела свои своеобразные корни.

Очевидно, что наибольшее затруднение для его преуспевания представлял недостаток самоуверенности, который он изображает в разных выражениях и на который он постоянно жалуется. Благодаря этому он пришел к алкоголю, который притуплял его повышенную чувствительность к грубым прикосновениям внешней жизни и прогонял его робость, так что под его действием он оказывался на уровне требований своей бродяжнической жизни, нищенства и хождения по домам. Поразительную противоположность непригодности больного добывать себе пропитание на каждый день, представляет, во-первых, его большая умственная живость, которая позволяла ему в самых ужасных условиях жизни увлекаться произведениями поэзии и философскими вопросами, а затем его ловкость и постоянство в его своеобразном “искусстве”. Но особенную окраску получает картина этой полной противоречий личности благодаря неустанному непостоянству образа жизни, которое не позволило больному, несмотря на многие хорошие качества, нигде осесть прочно, и постоянно толкала его из определенных и верных условий жизни на проезжую дорогу. Он принадлежит к группе “врожденных” бродяг, тех бродяг по влечению, которых за их деление блуждания обыкновенно называют “восточными гостями”. Мы должны это себе, может быть, представить так, что слабость целесообразно направленной воли дает слишком много места влиянию примитивных импульсивных побуждений на поступки. А среди этих влечений одним из сильнейших является страсть к неограниченному странствованию, как она просыпается в каждом здоровом мальчике, пока она не подавляется узами школы и жизни.

Рассмотренный здесь пример из примечательной группы бродяг может Вам показать, как мало при некоторых обстоятельствах отвечает действительность тем представлениям, которые о ней существуют. Большая часть бродяг состоит, во всяком случае, главным образом, из слабоумных, которые по той или иной причине лишены семейной защиты, вследствие своей неодаренности нигде не находят постоянного занятия и затем благодаря плохому обществу и развращающему влиянию алкоголя попадают в жизни между проезжей дорогой, тюрьмой и работным домом. Рядом с этим мы находим эпилептиков, которые вследствие своей болезни лишаются места или во время своих депрессий убегают сами; далее пьяниц, которые видели лучшие дни, но благодаря алкоголю потеряли всякую охоту и способность к работе. Не совсем незначительна и часть гебефренически слабоумных, которые или незаметно, или в связи с острым душевным заболеванием стали ребячливы и неработоспособны; у них впоследствии временами повторяются преходящие состояния возбуждения, галлюцинации, бред. Остальную же часть составляют различного рода психопаты, у которых развитию и применению хороших способностей постоянно мешают их дефектность и патологические примеси. Вы легко можете усмотреть, что желать вернуть эту пеструю толпу людей при

[1] Больной, несмотря на все благие намерения осесть на месте через несколько недель снова отправился гулять по белу свету.

помощи кратковременных лишений свободы или внушающей страх дисциплины работного дома на правильный жизненный путь является напрасным трудом. Что касается возможности уменьшить тяжелое бедствие, представляемое бродяжничеством, то это может быть достигнуто лишь тем, что каждая из смешанных здесь групп найдет соответственную заботу. Первым шагом к этому является научное исследование.

XXIV лекция

Имбецильность, идиотия

Во время этих лекций Вы уже неоднократно могли убедиться, насколько в общем мало соответствует действительности то представление, которое имеет обыватель о поведении душевнобольных. Многочисленные исследованные Вами здесь больные на первый взгляд едва ли представляли что-либо бросающееся в глаза, давали разумные сведения о себе, вели себя корректно. Многие имели ясное сознание своей болезни, некоторые даже ясное понимание особенных свойств своего страдания. Тем не менее при более тщательном рассмотрении по большей части возможно было констатировать расстройства, которые носили очевидную печать болезненности и несомненно выходили из рамок “здоровья”.

Иначе дело обстоит с теми формами душевных заболеваний, при которых мы находим лишь количественные уклонения от более или менее произвольно установленных границ душевного здоровья. Конечно, при совершенно грубых поражениях распознавание легко. Вместе с тем существуют, конечно, многочисленные переходные стадии, которые с неопределенными границами приближаются, с одной стороны, к болезненному, с другой — к здоровому состоянию.

Если мы поговорим с 36-ти летней девицей (случай 70), которая садится перед Вами теперь с ласковым, несколько смущенным приветом, то мы скоро убедимся, что она принадлежит к нищим духом. Правда, она знает, где находится, знает также хорошо врачей и других окружающих лиц и может их сносно обрисовать, но уже при вопросе, какой сейчас год, она беспомощно оглядывается, в то время как месяц и день она, по крайне мере приблизительно, называет. Также относительно своего возраста она ошибается на несколько лет. Вместе с тем она рассказывает довольно понятно, хотя с большими отступлениями и малосодержательно — о своей прежней жизни. Ее родители умерли. Отец выпивал, но бывал редко пьян, с матерью жил несогласно. Три брата умерли; трое других живы и здоровы. Сама больная училась в школе плохо, по ее мнению вследствие болезни глаз. После смерти родителей (соответствующие даты она может указать лишь очень приблизительно), она перешла к опекуну, пробовала пойти служить, но прослужила лишь месяца 2. Затем она была помещена в богадельню. Причиной помещения было то неприятное явление, что она почти каждый год производила на свет ребенка, до сих пор, начиная с 20-ти летнего возраста у неё 8 детей, из которых только двое умерло. Относительно возраста, имен и места нахождения детей, она дает весьма недостаточные сведения. Однажды она совершила побег из богадельни, но через короткий промежуток времени добровольно возвратилась обратно.

Последнего ребенка она родила от служителя богадельни, поэтому ее решили перевести в другое место. Она с этим согласилась, так как увидела, что провинилась. Она даже дала обещание попечителю о бедных, что ничего подобного больше с ней не случится, и он ей сказал, что на этот раз он ее прощает. Она себя оправдывает тем, что служитель обещал на ней жениться, и говорил, что все останется в тайне. Она думала, что благодаря замужеству она сможет уйти из приюта, но когда дело зашло далеко, “он” исчез. Она хорошо понимает, что ее должны запирать, если она каждый год будет рожать. Она не пугается, когда ей ставят на вид необходимость годичного пребывания в клинике, только отвечает, что тогда увидят, какие она может вязать прекрасные чулки. При этом она чувствует себя совершенно здоровой; “я не больна, я могу работать”. Она могла бы зарабатывать себе на хлеб, торговать овощами, или взять место.

Ее знания крайне ограничены. Она немного может считать, но оказывается несостоятельной, если от нее требуется малейшее соображение. Не знает имени местного государя, кайзера, не знает на какой реке лежит Гейдельберг, не может вообще назвать никаких городов, рек, стран. Из религиозных познаний уцелели лишь некоторые заученные обрывки, но без понимания и внутренней оценки. Напротив, больная очень ловко производит всякого рода домашнюю работу, занимается ею охотно и прилежно в своем маленьком кругу отделения — справляется без всяких затруднений, оказывает целесообразную помощь и не дает повода ни к каким недоразумениям. Неодобрительно относится к неправильному поведению других больных, старается вмешаться, взять под защиту врачей против оскорблений. Настроение ее почти всегда веселое и довольное, беззаботное; только время от времени она стремится к выписке, выражает тоску по детям, говорит, что она может сама о себе заботиться; никто не имеет права ее удерживать. Со стороны соматической у больной сразу бросается в глаза низкий лоб и очень короткий череп. Выражение лица тупое, пустое; очень высокое небо. Других уклонений, заслуживающих упоминания, не обнаруживается.

Нет никакого сомнения, что мы имеем здесь дело просто с состоянием психической слабости. По своему интеллектуальному и эмоциональному развитию больная производит впечатление ребенка, самое большее 8—10 лет. Ее познания стоят еще значительно ниже, но она, с другой стороны, обладает способностью

гораздо лучше ориентироваться в простых обстоятельствах, чем можно было бы ожидать, судя по необыкновенной скудости ее запаса представлений и слабости суждения. К своим половым погрешностям она относится так же, как ребенок к своим шалостям. Она довольна, когда ее прощают, но у нее нет ни малейшего ощущения нравственной недопустимости ее поведения. От нее далеки какие-либо заботы или же мысли о последствиях своих действий и вообще о своем будущем. Послушная и услужливая как ребенок, она приноравливается к тому, что происходит. Таким образом, ее состояние в общем лучше всего может быть понято, как остановка душевной личности на низшей ступени развития, как высшая степень той, к сожалению, нередко свойственной и здоровым дефектности, которую мы обозначаем названием глупость и ограниченность. В противоположность ранее рассмотренным формам слабоумия здесь совершенно отсутствуют остатки предшествовавших душевных расстройств, бредовых идей, обманов чувств, расстройств настроения, странностей в поведении и поступках. Лишь по степени, а не по существу умственная, эмоциональная и волевая деятельность нашей больной отличается от простоватых людей, которых мы еще причисляем к разряду здоровых. В частности здесь также отсутствует столь важное несоответствие между знаниями и осуществлением этого знания, с которым мы всегда встречаемся при приобретенном слабоумии. Мы всегда видели, что такие больные, вследствие отсутствия целесообразности в их интеллекте и воле, терпят крушение в жизни, хотя они, может быть, обладали значительными знаниями. Здесь, напротив, больная удовлетворительно справляется с требованиями повседневной жизни, в то время как ее умственное развитие не выходит за пределы ближайших чувственных восприятий, и она оказывается совершенно несостоятельной по отношению к более общим представлениям и знаниям. Больная может несравненно больше, чем она знает, и если бы растущее число ее незаконных детей не дало повода к ее помещению в приют, она могла бы без особых затруднений найти себе где-нибудь местечко. Эта способность к практической жизни при поразительно низком развитии высших духовных функций служит признаком слабоумия, обусловленного задержкой развития, которое мы в противоположность приобретенной “дементности”, при которой наблюдаются обратные отношения, обозначаем названием имбецильности (imbecillitas). Конечно, имбециллы также иногда оказываются несостоятельными по отношению к более тяжелым требованиям жизни. Как в нашем случае половая жизнь, так в других случаях алкоголь, соблазны и наклонность к праздности являются тем подводным камнем, на котором они терпят крушение вследствие своей недостаточной приспособленности к борьбе за существование[1].

Так как имбецильность зависит от врожденного или же рано приобретенного поражения мозговой коры, то это страдание недоступно влиянию врачебных мероприятий; зато воспитание, тщательно приспособленное к особенностям этих больных, может привести к значительному развитию существующих способностей; иногда наступает также значительное улучшение путем более позднего созревания. В обыкновенных школах слабоумные дети не только сами не делают никаких успехов, но и мешают своим товарищам. Поэтому совершенно правильно во многих городах учреждены вспомогательные школы для мало одаренных по болезни детей, в этих школах методы и план обучения сообразуются со способностями учеников.

При более тяжелых формах врожденного слабоумия, конечно, и такие вспомогательные школы недостаточны, и воспитание таких детей должно вестись в особых учреждениях со специально для этой цели подготовленными педагогами.

Вы видите здесь перед собой 24-х летнего мужчину (случай 71), который с 7-летнего возраста жил в приюте для идиотов, так как уже с малолетства отличался высокой степенью умственной недостаточности; к сожалению, мы не имеем ничего точного о первом времени его жизни. Больной дает сведения охотно, но в своеобразно отрывочных и неправильно построенных предложениях. Он знает что там, куда он поступил, “больничный дом и больничные дети”. К этому он присоединяет замечание: “уже многому научился или лучше умеет, можно ужасно много учиться”; он научился читать, писать, считать и многому другому. Место своего теперешнего пребывания называет больницей, знает точно имена окружающих его лиц, хотя впрочем об особенном значении учреждения не имеет соответствующего представления. Свой возраст называет правильно, но о счислении времени не имеет никакого представления. Лишь текущий месяц и день своего рождения он может назвать, года не может назвать даже приблизительно.

Картинки, которые ему показывают, узнает и называет правильно, причем добавляет небольшие замечания, которые говорят о понимании виденного, например “птица утка плавает по воде”, “кошка любит пить молоко”. Может он также и читать в размеренном темпе, разбивая слова на слоги, как учатся школьники. Подобным же образом он может произносить значительное количестве заученных библейских изречений и песнопений. По требованию он тотчас же садится со сложенными руками, немного наклоняет голову и начинает по ученически читать, напр., рождественское евангелие. При этом можно убедиться, что он достаточно понимает содержание. Помимо постоянно высказываемых им религиозных представлений о небе и аде, младенце Иисусе и ангелах, он полон воспоминаниями о своем пребывании в приюте: — “плетение: голубое, красное и белое вместе”, “ткацкая работа”, “работа в пекарне”, “чистить лошадей, подчищать сад, делать тесто, молиться Богу”, также он постоянно вспоминает о посещении его бывшим старшим надзирателем, которого больной сразу узнал и радостно приветствовал. С малыми числами он

[1] Больная 10-ю годами позднее, оставаясь без перемен в психич. состоянии умерла в приюте от туберкулеза; вес мозга оказался только 987,0.

оперирует медленно при помощи пальцев, но правильно. Деньги он знает до марки, "если кто хочет знать, могу хорошо считать; например если кто спросит, сколько будет 300 пфенигов, тогда я себе подумаю, нужно, чтобы было как раз, тогда говорят три марки; если спрашивают 800 пфенигов, говорят 8 марок; 1000 пфенигов — говорят 10 марок". Монету в 10 марок он называет "золотым пфенигом", ценность указать не может.

Он не может назвать страны, где мы живем: "у меня не было так много времени". Также не знает он имени великого герцога: "мне там так не говорили". "Кайзера я знаю: Фридрих-Вильгельм". Великий герцог живет в Карлсруэ; его день рождения 9 сентября "и еще скажу, это ты можешь записать, что кайзер живет в Берлине". Больной знает страны света и показывает их правильно в комнате. Настроение его в общем веселое, он детски доступен, явственно гордится тем, что с ним занимаются. Он охотно наигрывает на губной гармонике простую мелодию, издает свист при помощи маленькой бутылочки, подражает кукушке при посредстве сложенных ладоней, по-детски радуется, когда его хвалят. Его жесты живы и полны выразительности; также в его часто карикатурной мимике очень отчетливо отражаются его внутренние переживания.

Очень странна, как мы уже отметили, речь больного. Ему совершенно не достает способности строить предложения. Он произносит отдельные слова одно за другим в их приблизительном соотношении без согласования, так что иногда нужно догадываться, что он думает. Тем, что через этот нескладный ряд слов ясно сквозит понятный смысл, эта речь совершенно отличается от бессвязных речей кататоников, с которыми быть может на первый взгляд имеется некоторое сходство. Более схожи его речи с тарабарщиной необразованных людей, которые усваивают иностранный язык лишь по слуху и очень неполно. Так, на вопрос о возрасте он отвечает следующим образом: "когда Вы узнаете какого я возраста, слышите какого возраста, мне теперь 23 года, это значит 23 месяца августа и еще один месяц, когда один пройдет годом старше, когда 17 дней — именины, тогда радость, знаете, как воскресенье; я всегда хорошо учился, очень хорошо внимателен, как день рождения кайзера". Говорит он несколько заикаясь и в то же время быстро и много. Он часто вплетает вставные слова, которые он часто слышал при своем обучении, напр., "внимательно", "добрый привет". "Господь Бог может много на земле, хорошее время, очень внимательно учился в школе, учился также рисовать; могу читать и по-латыни, привет. Зимою я расколол пилу, тогда пришлось хорошо поработать". Как Вы видите, больной в своих речах очень отвлекаем, вплетает всевозможные побочные вещи. При этом его запас представлений оказывается очень скудным; он все время повторяет все одни и те же мысли, одни и те же обороты речи. Почерк больного крупный, правильный, разборчивый и тщательный; он пишет сильно нажимая и медленно. Содержание его писаний представляет те же особенности, что и словесные выражения: почти полное отсутствие образования предложений, уклонение течения мыслей в сторону, однообразие и бедность представлений. Зато больной по собственному побуждению нарисовал множество, частью разноцветных картинок, изображающих по-детски домики, рождественские елки, ангелов, повозки и целый ряд предметов из повседневной жизни. Так как они по большей части повторяются в определенных формах и замечательно хорошо воспроизведены, то дело очевидно идет о повторениях заученных оригиналов. Он поясняет эти рисунки столь же забавным образом, как и показываемые ему картинки.

Соматическое исследование нашего больного помимо высокого неба не обнаруживает никаких достойных упоминаний расстройств. Зато он страдает эпилептическими припадками; мы можем их рассматривать как частичное проявление того же поражения мозга, которое лежит в основе задержки умственного развития. Они бывают у больного уже с детства и наблюдаются у нас приблизительно каждые четыре недели единичными припадками или же небольшими группами. В то же время довольно часто наступали состояния тревожного возбуждения и гневной раздражительности, во время которых больной высказывал опасение, что его убьют, громко кричал, куда-то стремился, делался агрессивным и злым. По временам наступали такие состояния, которые давали повод к помещению его в клинику, даже ночью, но как правило в течение нескольких часов все проходило. Ступень, на которой остановилось умственное развитие в данном случае, мы должны определить несколько ниже, чем у предыдущего больного, хотя пожалуй в самом запасе представлений различие и не слишком велико. Однако, здесь мы видим результат многолетнего, полного усилий воспитания, между тем как там больная могла получить из школы лишь тот запас знаний, который она могла воспринять при обыкновенных условиях. Этому соответствует тот факт, что у нее следы обучения очень скудные, но она обладает гораздо большим пониманием своего положения, чем наш больной. Мы здесь ясно видим, что запас его представлений приобретен только из непосредственного чувственного восприятия, тогда как всякая дальнейшая умственная их переработка, в особенности, же образование более общих представлений и понятий, почти совершенно отсутствует. К этому присоединяется запас познаний, заученных чисто по памяти, вращающихся характерным образом преимущественно в сфере библейской мудрости. Наиболее ярко здесь характеризует низкую степень умственного развития — несовершенное развитие речи, которая, несмотря на обучение, остановилась на ступени, соответствующей 3 — 4 летнему ребенку.

Мы вправе, поэтому, причислить данный случай к тем наиболее тяжелым формам врожденного слабоумия, которые объединяются под названием идиотии.

Конечно, отграничение различных степеней на лестнице психической слабости является до известной степени произвольным. При этом, по предложению Wildermuth 'а, по большей части принято

придерживаться сравнения с возрастными группами детей. Конечно, не следует забывать, что такой метод должен считаться с многочисленными источниками ошибок. Прежде всего умственное развитие может быть нарушено болезненными вредными агентами совершенно неравномерно, так что в отдельных областях имеются очень глубокие недочеты, между тем как другие способности в сносном состоянии и даже иногда бывают частично выше нормы так, в некоторых случаях при резко выраженном слабоумии замечаются замечательные способности к музыке, рисованию, технике, исключительная память, способность к счету. Далее следует принять во внимание, что как телесное развитие, так и жизненный опыт слабоумного совершенно иные, чем у ребенка, находящегося на одинаковой ступени умственного развития; общий душевный склад слабоумного всегда дает сильно извращенную картину соответственной здоровой возрастной группы.

Несмотря на все эти оговорки, в общем разделение ступеней слабоумия может быть приноровлено к фазам детского развития. Как разграничительные линии у ребенка могут быть выделены: установление речевых выразительных движений в начале второго года жизни, достижение школьного возраста на 6-м году, начало и конец периода полового созревания на 14 и 18 годах. Соответствующие первым двум ступеням формы слабоумия мы обозначаем, как тяжелую и более легкую идиотию; соответственно этому наш больной принадлежит ко второй группе. Третьей ступени соответствует imbecillitas, четвертой — еще менее выраженные случаи слабоумия, постепенно переходящие в формы повседневной умственной дефектности и объединяемые под названием — debilitas.

Чтобы дать более прочную основу для включения каждого данного случая в ту или иную группу слабоумия, французские исследователи Binet и Simon составили соответствующие опыты на большом числе здоровых детей, чтобы изучить, какими данными определяются отдельные возрастные группы. Задачи для исследования были подобраны довольно разнообразно и притом, настолько неоднородно, что одни из них рассчитаны более на природные способности, другие, напротив, на заученные

познания и навыки. К первым принадлежит, например, срисовывание простых фигур, различение коробочек одинаковой величины, но разного веса по их тяжести; к последнего рода задачам — названия предметов или цветов, счет монет, название даты и множество других. При планомерном и тщательном исполнении предлагаемого испытания в общем можно получить очень хорошее представление о степени умственного развития.

Необыкновенно тяжелое поражение всей душевной жизни проявляет 12-ти летняя девочка (случай 72), о дальнейшем призрении которой мы должны высказаться. Что прежде всего бросается в глаза, это постоянное беспокойство ребенка. Она гримасничает, смеется, кричит, визжит, монотонно про себя поет, издает нечленораздельные звуки. Одновременно она производит бессмысленные движения, принимает изменчивые, странные позы, в течение некоторого времени одним пальцем давит под глазом в глазную впадину, в то время как другой палец той же руки вставляет в рот. Движения бесцельны, угловаты; неловко переваливаясь по утиному, ребенок бродит все время по комнате, не заботясь об окружающем. Почти невозможно вступить в общение с больной. Лишь очень рассеянно смотрит она на предлагаемый предмет, лишь в виде исключения схватывает его, чтобы тотчас же бросить. Наклонности поиграть не выказывает. Картинками не удается возбудить ее внимания. Шум, звон колокола воспринимаются, судя по выражению лица и иногда по повороту головы, но дальнейшего внимания не привлекают. Угрозы иглой не производят никакого впечатления; но больная начинает жалобно плакать, если ее действительно уколоть, потирает место укола и старается защититься рукой, если немедленно повторить опыт; между тем уже через несколько минут приближение острия не встречает никакого сопротивления. Обращений или требований, равным образом жестов больная не понимает; добиться от нее разговора не удается.

Соматическое исследование ребенка, несколько отсталого в физическом отношении, бледного, но хорошо упитанного, обнаруживает замечательно короткий череп с сильно выдающейся затылочной костью. Предплечья и руки холодны, несколько цианотичны. Пульс учащенный. С обоих сторон плоская стопа. Сухожильные рефлексы живые. Других отклонений не констатируется.

Из анамнеза больной мы узнаем, что отец и его сестра несколько нервны. Один ребенок, рожденный до брака, умер маленьким. Кроме того, мать имела еще от двух разных мужчин 3-х внебрачных детей, которые все здоровы. Наша больная развивалась до 172 лет хорошо, но еще не могла говорить, когда заболела судорожными припадками, которые бывали 8—10 раз в день, затем пореже и продолжались целый год. Она делалась синей, выворачивала глаза, у нее сводило ноги, в течение короткого времени делались подергивания, затем больная засыпала. Речь не развивалась, она могла лишь говорить: папа и мама. Ходить научилась только 4-х лет. По описанию отца, очевидно слишком оптимистическому, больная все понимает, различает окружающих, а также любит игры и музыку. Она держится, до известной степени опрятно, но не может самостоятельно есть, а также одеваться и раздеваться. Уже в течение года у нее бывают правильно месячные. Из этих сведений можно прийти к заключению, что на втором году жизни развилось заболевание с явлениями раздражения мозга, которое затормозило всякое дальнейшее умственное развитие. Относительно природы этого, по-видимому теперь уже законченного болезненного процесса, который впрочем не оставил никаких признаков, мы, к сожалению, не можем ничего сказать. Для принятия сифилиса, о котором могла бы возникнуть мысль в виду образа жизни матери, нет достаточных оснований.

Невозможность привлечь внимание больной, ее равнодушие к внешним впечатлениям, полное отсутствие понимания окружающего и отсутствие речи обозначают такое низкое состояние умственной жизни, которое соответствует пожалуй первым месяцам жизни здорового ребенка и должно быть

рассматриваемо, как тяжелая форма идиотии. К этому присоединяется здесь еще не слишком частая особенность — безостановочное двигательное беспокойство, которое выражается в разнообразных, постоянно сменяющихся стремлениях. Такие состояния обозначают как эретические или подвижные формы идиотии в противоположность гораздо более частым апатическим болезненным картинам, которые характеризуются тупой, вялой неуклюжестью. Более глубокое значение этих, во всяком случае вовсе не резко отграниченных групп — еще не ясно. Можно лишь сказать, что эретические идиоты, хотя сначала и выказывают большую умственную подвижность, в общем обладают меньшей способностью к развитию. У них недостает важнейшей предпосылки для дальнейшего умственного развития: способности схватывать точнее внешние впечатления при помощи внимания и фиксировать их в памяти. Все восприятия у них мимолетны и задерживаются лишь короткое время, так что не может образоваться сколько-нибудь стойкий умственный багаж, который мог бы служить основой для накопления новых познаний и для образования более общих представлений. Поэтому мы должны считать виды на будущее в данном случае совершенно неблагоприятными, особенно принимая во внимание возраст больной; она останется объектом презрения.

Даже там, где предположения относительно воспитательного воздействия более благоприятны, результаты у низко стоящих идиотов естественно остаются весьма скромными и достижимыми лишь путем неутомимого терпения. Даже простейшие душевные способности, которые у здорового ребенка развиваются шутя, без особой помощи извне, должны быть развиваемы с трудом путем своеобразных методов, приспособленных к слабому пониманию больных: — восприятие и различение чувственных впечатлений, их усвоение, их обобщение в представления, их связь с чувственными образами и формами речевого выражения, выполнение целесообразных и точных движений, многочисленные мелкие действия, образование речевых звуков и их связывание в слоги, слова и предложения. Удастся ли достигнуть этого само собою разумеющегося основания всякого дальнейшего развития, это зависит помимо умения и опытности учителя не только от душевной возбудимости, но и от волевой одаренности ученика. Если его не покидает терпение и выдержка на кремнистом пути, то может быть достигнут некоторый успех и при малых дарованиях. При этом одновременно и вспомогательным средством, и целью является занятие простым ручным трудом, которое может дать больному возможность научиться ремеслу.

XXV лекция

Различные формы олигофрении

До сих пор при нашем рассмотрении олигофрении, как мы называем существующие с детства душевные уродства, мы занимались лишь внешней картиной этих состояний, не входя в рассмотрение самой сущности болезненных процессов, выражением которых они являются. Это имеет свое основание в том, что в этой области мы находимся лишь в начале наших изучений. Можно считать прочно установленным, что олигофрении представляют из себя пеструю смесь болезненных форм самого различного происхождения.

Раньше были склонны наиболее частой причиной врожденного слабоумия считать несовершенство нервного предрасположения, ответственным за которое считали влияние наследственного вырождения. Между тем более точные исследования этих вопросов, особенно при помощи патологической анатомии, показали, что по крайней мере при наиболее тяжелых формах страдания мы обыкновенно имеем дело с последствиями заболеваний головного мозга; это во всяком случае ясно для состояний душевной слабости, приобретенных после рождения, в первые годы жизни. По всей вероятности также и многие более легкие формы умственного недоразвития должны быть рассматриваемы как остаток рано перенесенных болезненных процессов, хотя более точное определение этих отношений в настоящее время пока еще невозможно. Далее, мы здесь должны также придавать важное значение неблагоприятным влияниям наследственности, дефектности предрасположения, являющейся следствием повреждения зародышевой плазмы родителей. Наконец, следует заметить, что на развитие растущего мозга случайно могут неблагоприятно отразиться заболевания других частей тела.

Довольно обычную для идиотов картину представляет 6-ти летний мальчик (случай 73), клиническое распознавание случая не представит для Вас никаких затруднений. Как Вы видите, он двигается довольно быстро, но при этом своеобразно подпрыгивает. Это зависит от того, что левая стопа находится в положении pes equinus. Вместе с тем Вы замечаете, что мальчик держит левую руку в согнутом состоянии, прижатой к телу, пальцы полусогнуты. При более подробном исследовании оказывается, что оба органа, особенно рука и кисть, находятся в состоянии спастического паралича и слабее развиты, чем на правой стороне. Сухожильные рефлексы слева повышены, клонус стопы вследствие ее, контрактуры не получается. Большой палец левой ноги в положении разгибания, но при прикосновении к подошве получается сгибание всех пальцев с обоих сторон. Левая рука, в меньшей степени стопа, холодны на ощупь и несколько цианотичны. Далее, кроме испорченных и зазубренных зубов, у ребенка никаких соматических уклонений не констатируется. Зрачки хорошо реагируют на свет.

Если мы теперь попытаемся войти в общение с больным, то хотя не всегда, но довольно часто удается путем внешних раздражений возбудить его внимание. Он поворачивает глаза, когда хлопают руками, иногда

также когда зовут его по имени; смотрит на предлагаемые ему предметы; по большей части он хватает их, но обыкновенно тотчас же их бросает. Картинку, которую ему дают, он разрывает; он не знает, что делать с колокольчиком, но смеется, когда им звонят, и затем пытается, хотя очень неловко, сам извлечь звуки. В трубу он тотчас же начинает дуть. Обращенные к нему слова он, по-видимому, в общем вовсе не понимает лишь иногда получается впечатление, что он воспринимает простые требования после многократного настойчивого повторения. Сам он не говорит вовсе, издает лишь пронзительные звуки. Его настроение непрерывно веселое. Лишь при соматическом исследовании он начинает плакать, сильно сопротивляется, но снова быстро успокаивается. В его поведении заметно известное беспокойство. Он старается все ощупать, схватить, все время двигается, подпрыгивая и с веселым видом. Иногда вставляет себе кулак в рот, любит сосать кончик одеяла. Среди этого беспокойства время от времени он начинает ненадолго в такт сгибать туловище, иногда же производит покачивания верхней частью тела. Мы здесь имеем перед собой картину тяжелой идиотии с почти полным отсутствием понимания речи. Наклонность к сосанию есть, конечно, остаток раннего детства. Достойны внимания у этого ребенка свойственные идиотам движения в такт. Они всегда являются признаком глубокого поражения личности, лучше сказать воли. По-видимому, следует думать, что мы обладаем разного рода автоматическими механизмами для производства движений в такт, не только для работы сердца и дыхания, но также для ходьбы, хлопанья руками, покачивания, топанья, дрожания, которые обыкновенно пускаются в ход волею с определенною целью, при отсутствии же воли эти механизмы в свойственной мм форме действуют без всякой цели, лишь служа для разряда внутренних напряжений.

При наличности таких свойственных идиотам движений их способность к воспитанию бывает весьма мала. Такое же заключение мы должны вывести из факта слабого развития внимания у нашего больного, далее из его беспокойства и, наконец, из отсутствия речи.

Что в основании данного страдания лежит грубое ограниченное заболевание мозга, несомненно следует из наличности одностороннего спастического паралича. Перед нами клиническая картина *церебрального детского паралича*, который наблюдается чаще всего в форме гемиплегии, реже в форме параплегии, диплегии или моноплегии. Впрочем, это обозначение охватывает всевозможные очаговые заболевания с мозговыми параличами, без отношения к их сущности и истории происхождения. Помимо более редких случаев, при которых паралич обусловлен опухолью, туберкулом или медленно растущей глиомой анатомическим субстратом подобного рода страданий бывают по большей части размягчения вследствие заболеваний сосудов или энцефалитические процессы, которые в свою очередь могут быть вызваны разного рода острыми и хроническими инфекциями. Причину заболевания сосудов приходится по большей части искать в наследственном сифилисе; сифилис же чаще всего лежит и в основе хронического энцефалита. Напротив, острый энцефалит может быть обусловлен длинным рядом инфекций, а именно заразными началами распространенных детских болезней. Все эти вредные агенты могут действовать уже на зародышевый мозг и сильно вредить его развитию. Но довольно часто болезнь развивается у детей в первые годы жизни, которые до тех пор не представляли никаких расстройств.

В данном случае из анамнеза мы узнаем следующее. Мать наследственно не отягощенного больного имела двух детей, из которых старший умер от судорог 8-ми месяцев от роду. Наш, больной развивался хорошо до возраста 1 г. 9 мес., но впрочем уже девяти месяцев имел однажды судорожный припадок при прорезывании зубов. Он был живой и подвижный, понимал, что ему говорили, мог произносить ряд слов и свободно ходить. В возрасте 1 год 9 мес. он проделал в течение 4—5 недель “воспаление мозговых оболочек”, тогда же у него была корь и воспаление дыхательных путей. У него бывали по нескольку раз в неделю короткие припадки, во время которых он синел, вращал глазами, стискивал зубы, мочился под себя; в ногах, руках и голове бывали подергивания. Когда заболевание прошло, остался паралич левой стороны. Способность речи исчезла; кроме того, обнаружилось заметное беспокойство. Позднее снова появились, припадки и в течение последних недель сделались чаще; иногда они бывают 3—4 раза в день.

Из этих данных выясняется, что и поражение психики, и паралич больного имеют причиной тяжелое мозговое страдание. Внезапное появление расстройств наводит на мысль, что острая инфекционная болезнь, вероятно корь, вызвала энцефалит. К сожалению, у нас отсутствуют более точные данные относительно отношений во времени между мозговыми явлениями и соматическими заболеваниями, а в частности относительно состояния температуры во время предполагаемого “воспаления мозговых оболочек”. С другой стороны, уже годом раньше наблюдавшиеся судороги, по-видимому, говорят за то, что при позднее остро развившемся роковом заболевании дело шло лишь о быстром ухудшении давно подготовлявшегося страдания; недавнее учащение припадков могло бы быть истолковано подобным же образом. Если такое предположение правильно, то в первую очередь следовало бы думать о сифилитическом заболевании мозга, а именно о менингоэнцефалите; этому соответствует и тот факт, что еще один ребенок той же матери умер маленьким от судорог. Действительно, в крови нашего больного констатируется слабая Wassermann'овская реакция, что дает новое подтверждение нашему предположению. К сожалению, этим не очень много поможешь нашему больному. Если мы даже порекомендуем проведение антисифилитического лечения, чтобы задержать дальнейшее развитие болезни, мы все же не сможем надеяться на заметное улучшение теперешнего состояния при несомненно очень распространенных и тяжелых разрушениях в мозговой ткани. В совершенно иную область олигофрении приводит нас наблюдение 17-ти летнего мясника (случай 74), который доставлен к нам вследствие повторных краж и эксгибиционизма. Отец больного — трактирщик и

раньше, по-видимому, сильно пил, у него было 9 человек детей, из которых 4 умерли, больной младший в семье. Одна сестра была очень легкомысленна, много пила и курила, уже 12 лет начала половую жизнь и ее пришлось интернировать в исправительном заведении. Один брат подвергался наказаниям за кражу, другие братья и сестры характеризуются также как люди безрассудные и склонные к мотовству. Наш больной родился в состоянии асфиксии, слабым и затем оставался отсталым в развитии, лишь с 3 лет он научился ходить и еще позднее говорить. Неблагоприятно влияло также и то, что посетители трактира угощали ребенка пивом и даже напаивали его допьяна. В школе он учился очень плохо, неоднократно должен был оставаться на второй год и не имел никакой охоты к учению. Мало пригодным оказался он и к какому-либо ремеслу, из 5 мест ему пришлось уйти, так как он не мог работать; в конце концов он должен был оставаться в отцовском доме. Год тому назад он свалился в шахту, был после этого без сознания в течение некоторого времени, имел большую рану на голове. Уже давно у него сильная наклонность к пьянству, он часто выпивает 10—15 полулитров пива, нередко возвращается домой в состоянии тяжелого опьянения. До последних лет страдал ночным недержанием мочи. Уже в 5-ти летнем возрасте он брал, деньги из кармана своего отца и раздаривал другим детям; позднее это часто повторялось. В течение последних лет он воровал в одном торговом складе, затем в соседнем трактире; когда он при этом был пойман, он поклонился хозяину и тотчас же прибавил: “но я ничего не крал”. Однажды он нашел 42 марки, которые принадлежали другому молодому человеку, из них он немедленно употребил 25 марок на автомобильную поездку, чтобы истратить остальные в другом месте. Часто приставал к девушкам; нарушал общественную благопристойность тем, что открыто мочился в присутствии женщин, и по-видимому, также онанировал. Наказаниям не подвергался, так как его считали не вменяемым.

Если мы теперь станем расспрашивать самого больного, то получим от него сведения вразумительные и понятные; свою жизнь описывает он правильно. В кражах сразу сознается; он воровал потому, что нужны были деньги. Ему давали слишком мало, в то время как у товарищей денег было много; ему и приходилось раздобывать на выпивку. Если не схватят, то от воровства вреда нет, думает больной. О проступках против нравственности он помнит, но в этом ничего плохого не находит. Указание, что вследствие его поведения его поместят в больницу для душевнобольных, производит на него мало впечатления. На мгновение, правда, кажется он несколько смущенным, но тотчас же снова выглядит довольным. Школьные познания и умственные способности больного крайне малы. Он может произвести лишь самые простые вычисления; особенно плохо вычитает и делит, сложение же и умножение малых чисел производит лучше. Год, по его мнению, имеет 353 дня, километр — 100 метров. Из баварских округов он может назвать только 4; о Бисмарке ничего не знает, Лютера считает поэтом, в Мюнхене 3—4 миллиона жителей. О частях света, о начале и дальнейшем течении Изара ничего не может сказать. День и ночь наступают “вследствие темноты”; шуцманы существуют, “чтобы очищать места”; виды оружия: “ружье, револьвер, сабля”, фунт свинца тяжелее, чем фунт пуха. На вопросы о различиях не отвечает вовсе или же очень недостаточно. Нога имеет одну пятку, рука одну горсть, птица один клюв, бабочка клюва не имеет. Разница между ненавистью и завистью: “если я кому-нибудь ничего не позволяю”, разница между бережливостью и скупостью: “если я себе ничего не покупаю”. Что такое ложная присяга, какая цель брака — не может ответить; не знает он также, что такое проценты, налоги, какое значение имеют выборы. Доверие — это “когда ему все доверяют”. На другие вопросы отвечает сносно. Политические партии: “либералы, социалисты и черные”; в солдаты нужно идти “когда исполнится 20 лет”; учатся “чтобы уметь что-нибудь”; найденный кошелек нужно нести в полицию; наказывают за обман и кражу. Обязанности по отношению к родителям: “повиновение, прилежание, внимание, почтение”; по отношению к другим людям: “почитать, уважать”. Счастливым считал бы себя больной, если бы выиграл много в лотерею, несчастливым, если бы умерли родители. О своем будущем думает он “хорошо и плохо”.

Из этих ответов ясно, что у больного имеется значительная степень слабоумия. Не только его школьные познания крайне скудны, но и его умственный кругозор является весьма узким; его понятия — неразвиты и расплывчаты, его суждения поверхностны и неправильны. Его умственные способности едва достигают ступени, которую мы в праве ожидать у здорового, его круга мальчика в 12—14 лет. Такое состояние следует обозначать, как имбецильность. К этому присоединяются дефекты в сфере моральной, которые отчасти обусловлены предрасположением, но, конечно, усилены условиями жизни, в особенности злоупотреблением алкоголем и плохим обществом. Что психическая ненормальность здесь врожденная, это доказывается заметной с раннего детства задержкой развития, а также отсутствием какого-либо заболевания, которое могло бы считаться причиной болезни. Принимая во внимание особенности братьев и сестер, мы должны предположить, что здесь имеется семейное вырождение, которое обусловлено неизвестными наследственными влияниями или же поражением зачатка. К сожалению, кроме алкоголизма отца, у нас нет опорных пунктов для более глубокого уяснения этиологии.

Важные дополнительные данные мы получаем при соматическом исследовании больного. Он небольшого роста, всего 148 см, у него короткая толстая шея, очень большая голова, сильно развитой подкожный жировой слой. Кисти и стопы маленькие, короткие, жирные. Волосы на груди, под мышками и в области половых органов развиты очень слабо, причем на лобке волосистая часть резко ограничена сверху, как у женщин. Половые органы малы, половой член короток, имеет форму пуговицы. Небо высокое, нижние резцы тесно сдвинуты. Сухожильные рефлексы живые. Других заметных изменений не имеется.

Эти данные показывают, что мы имеем перед собою ту болезненную форму, которая известна под

именем “евнухоидизма”. Эта болезнь, вероятно, зависит от задержки в развитии половых желез. Сильное развитие жировой ткани напоминает известные наблюдения над кастрированными животными и людьми. В каком отношении находится это расстройство к психической ненормальности больного, не совсем ясно. Быть может то и другое являются частичным проявлением общего поражения зачатка. Бели же принять во внимание, какое большое значение имеет половое развитие для душевной жизни и какие изменения у животных влечет за собою ранняя кастрация, то трудно отрицать возможность, что выпадение половых желез может неблагоприятно отразиться и на развитии мозга. Во всяком случае при евнухоидизме наблюдается часто наряду с умственной недостаточностью и слабость воли. Телесное развитие при этом, может быть совсем иным — вместо развития жировой ткани наблюдается чрезмерный рост. В таких случаях, очевидно, отсутствует воздерживающее влияние на рост тела выделений половых желез. Возможно, что этим различным формам евнухоидизма соответствуют расстройства той или другой из составных частей, из которых состоят половые железы.

Гораздо более ясны отношения у странного маленького создания, которым мы закончим наш курс (случай 75). Вы видите перед собою существо женского пола, которое, несмотря на свой рост, всего 107 см, не производит впечатления ребенка. На тощем тельце сидит большая голова со скудной растительностью и с чертами лица не то детскими, не то старческими. Лицо лунообразное, круглое, лоб морщинистый, несколько выпуклый, нос широкий, седловидный. Нижняя губа толстая, язык очень большой, щеки толсты со складками красноватого цвета, в то время как общий цвет кожи желтоватый. Шея короткая и толстая, грудная клетка плоская и узкая, живот сильно выпяченный с небольшой пупочной грыжей. Позвоночник искривлен в грудной части в сторону, в поясничной — вперед; конечности короткие и толстые, голени несколько искривлены, стопы плоские. Маленькие широкие кисти еле отделяются от предплечья, короткие пальцы имеют вид обрубков. Молочные железы малы и дряблы, в области гениталий нет волос. Очень своеобразна сухая, несколько жесткая кожа, которая особенно на щеках, плечах и бедрах может быть приподнята в виде дряблых толстостенных мешков; под ней находится очень слабая мускулатура. Во внутренних органах ничего особенного не обнаруживается. Сухожильные рефлексы — живые. Походка утиная; все движения производятся медленно и осторожно. Кожная чувствительность кажется несколько пониженной. Голос грубый и монотонный.

Маленькая больная с детски-боязливой внимательностью относится к нашему исследованию. Теперь она с облегчением берется за вязание и начинает внимательно вязать. Когда к ней обращаются, она смотрит дружелюбно и охотно отвечает отдельными короткими, недостаточно связанными словами. Она ориентируется в месте и окружающем, знает приблизительно время и свой возраст — ей теперь 39 лет. Простые предметы, которые мы ей показываем, она узнает и называет правильно. В общем же ее познания крайне малы. Правда, она может немного считать, но не в состоянии делать вычисления, ничего не знает о вещах, которые выходят за пределы ее непосредственного опыта, обладает, впрочем, некоторыми наивными религиозными представлениями о младенце Иисусе, святом Петре, о небе, о грехе и исповеди. С гордостью показывает она книжечку, в которой ею записаны аккуратным ровным почерком разного рода стихотворения, преимущественно духовного содержания. Далее, она принесла с собой корзинку с простыми ручными работами, большей частью платьицами для кукол, фартучками, платочками, которые она сама скроила. Когда ее хвалят за все это, лицо ее озаряется широкой, прямодушной улыбкой.

Состояние, в котором находится больная, совершенно определенное. Мы сразу можем распознать его сущность и причину. Совокупность карликового роста и своеобразного изменения кожи; которое представляет симптом давней микседемы, может быть обусловлено лишь выпадением функции щитовидной железы в самом раннем возрасте; такое состояние называется кретинизмом. При ощупывании шеи нашей больной оказывается, что дыхательная трубка свободно ощущается до самой выемки грудной кости. Только с левой стороны, в глубине еще находится, по-видимому, небольшое узловатое образование, которое, быть может, представляет из себя остатки атрофированной щитовидной железы. Мы знаем из опытов над животными, что раннее вырезывание щитовидной железы обусловливает не только изменение кожи, но и задержку в росте костей; то обстоятельство, что при полной экстирпации зоба и у человека образуется микседема, служит ясным доказательством соответствующих взаимоотношений. Кретинизм и микседема — оба являются, таким образом, формами проявления атиреоидизма, первый у ребенка, последняя у взрослого.

Дальнейшие причины кретинизма могут быть разнообразны. О нашей больной мы знаем, что она рождена вне брака. Ее отец был алкоголиком, сестра матери слабоумная, также и сводная сестра больной. Сама больная уже с 9-ти лет вследствие кретинизма помещена в больницу. Таким образом, страдание не только возникло в раннем детстве, как это обыкновенно бывает, но еще, по-видимому, связано и с семейным предрасположением. Так как больная родом из Альпийского предгорья, то становится вероятным предположение, что мы здесь имеем дело со случаем эндемического кретинизма, который в особенности распространен в Альпах, именно в западной Швейцарии, в Каринтии и Штирии, а также наблюдается в Оденвальде, в нижней Франконии и во многих других гористых местностях. Он обусловливается, по-видимому, болезненным возбудителем, которого, может быть, следует искать в питьевой воде, но который еще пока неизвестен; он влечет за собой исчезновение или зобное перерождение щитовидной железы. Следствием является помимо описанных соматических уклонений более или менее резкая степень слабоумия, которая может доходить до полной умственной тупости. Наряду с выраженным кретинизмом среди населения обозначенных местностей, обыкновенно наблюдаются еще всевозможные более легкие

степени болезни. Напротив, “спорадический” кретинизм развивается лишь у отдельных субъектов вследствие заболеваний разрушающих щитовидную железу, вызываемых сифилисом, туберкулезом, опухолями, чаще же всего острыми инфекционными болезнями. Клиническая картина всюду одинакова.

Определение условий возникновения кретинизма дает нам, также и средство для борьбы с ним. Не говоря уже о том, что; распространенность заболевания может быть уменьшена благодаря улучшению общих гигиенических условий, особенно же питьевой воды, мы в состоянии, в отдельных случаях, своевременно попавших в наши руки, добиться существенных результатов вплоть до выздоровления посредством планомерного введения в организм недостающих ему ингредиентов в виде засушенной щитовидной железы. Результаты у маленьких детей бывают поразительны: в течение определенного времени совершенно устраняются, задержка в росте, микседема и расстройства со стороны психики. Само собой разумеется мы не можем надеяться на подобные результаты лечения у нашей больной, у которой болезненные изменения существуют десятилетия. Все же мы ей прописали длительное применение сухой щитовидной железы сначала ежедневно, затем раз в два дня по 0,1, и достигли этим не только значительного уменьшения микседемы, что выразилось в уменьшении веса тела на 2,5 килограмма, но решительного улучшения в смысле, умственной живости. Существовавшая раньше высокая степень неуклюжести и беспомощности при движениях значительно улучшилась. В то время как больная при своем поступлении в клинику 7 лет тому назад могла лишь немного вязать и шить, теперь она вяжет довольно искусно, научилась чинить и шить на маленькой ручной швейной машине и изготовляет массу мелких вещей, которые она сама же умеет и скроить. Относительно письма, которое раньше ограничивалось несколькими короткими фразами, она настолько усовершенствовалась, что помимо упомянутых списываний, не раз посылала написанные под руководством письма в действующую армию одному из наших врачей, к которому она особенно была привязана. Ее кругозор настолько расширился, что она по собственному желанию посещала кинематограф и зоологический сад и по детски подражала виденному там; впрочем, большие звери привели ее в ужас. Все ее поведение в отделении безупречно; она всегда на стороне порядка и добрых нравов и забавно грозит пальцем, когда другие нарушают порядок. Недавно она послала неизвестному солдату маленький пакетик с подарками, в котором заключались мелкие вещицы и сладости; она скопила их к Рождеству, не доедая сама; она была; счастлива, когда получила благодарность за это. Таким образом у нее, хотя поздно, образовалась, правда дефектная, но все же ясно выраженная духовная личность.

Быть может наиболее привлекательной психиатрической задачей является постепенное разграничение на отдельные, клинически понятные составные части находившейся издавна в пренебрежении обширной области состояний слабоумий, вызванных задержкой развития. Уже в настоящее время можно выделить целый ряд отграниченных из общей массы наблюдений групп: микроцефалию, гидроцефалию, туберозный склероз, монголизм, дизаденоидные и инфантильные формы и много других; но относительно большого числа других наблюдений мы все еще находимся в довольно беспомощном положении. На примере кретинизма мы видим, что иногда даже с очень тяжелыми болезненными состояниями мы можем бороться с успехом, как скоро их сущность распознана правильно. Конечно, нельзя надеяться, что мы постоянно будем встречаться со столь благоприятными условиями. Во всяком случае можно рассчитывать на то, что при более глубоком проникновении в условия возникновения отдельных олигофренических состояний можно будет получить, по крайней мере, некоторые опорные пункты для профилактической врачебной деятельности. Уже теперь можно сказать, что очень большое этиологическое значение должно быть приписано повреждениям зачатка и наследственному сифилису. Если бы удалось существенно ограничить могущество этих обоих врагов будущих поколений, то можно было бы достигнуть выдающихся успехов в этой, казалось бы безнадежной, области нашей науки.

II. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ДУШЕВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Как и при всякой естественнонаучной классификации, при подразделении душевных расстройств возникают большие затруднения. В основу предлагаемой здесь группировки на первое место поставлены уже известные или предполагаемые причины болезней, также как и формы их течения; далее эта группировка базируется, насколько это в настоящее время возможно, на результатах вскрытий. Заключения относительно сущности изучаемых нами болезненных процессов, сделанные исходя из указанных оснований, следует пока что считать в общем наиболее надежными. На этом основании мы при современном состоянии нашей науки выделяем пять основных групп душевных заболеваний, из которых каждая может быть расчленена на ряд отдельных клинических форм.

Первая основная группа включает те заболевания, которые вызваны внешними телесными повреждениями: они кончаются или выздоровлением, или, реже, переходят в неизлечимое состояние слабоумия, но часто также ведут к смерти. Сюда принадлежат прежде всего душевные расстройства вследствие тяжелых повреждений мозга, затем психозы вследствие отравлений и инфекций; среди этих последних алкоголизм, сифилитические заболевания мозга и прогрессивный паралич играют главную роль. Наконец, сюда, может быть, следовало бы присоединить и душевные расстройства, вызываемые заболеваниями закрытых желез, поскольку эти заболевания могут быть сведены к влиянию внешних агентов. Однако, если угодно, их можно также причислить и к ближайшей следующей основной группе, с которой они имеют во всяком случае известное родство.

Эта вторая группа включает в себя ряд болезненных форм, действительная причина которых еще не известна, но происхождения ее с весьма большой вероятностью должно искать во внутренних процессах, а не во внешних влияниях. Как правило, здесь дело идет о страданиях неизлечимых, то быстрее, то медленнее прогрессирующих и кончающихся ясно выраженным обеднением психики, порою ведущих и к смерти. Как подгруппы, здесь следовало бы назвать — опухоли мозга, также как и родственную им группу опухолеподобных заболеваний у идиотов (туберозный склероз, мегалэнцефалия), быть может, также некоторые формы мозговых болезней, которые обозначаются названием “лобарный склероз”. К ним примыкают фамильные ослабоумливающие болезни, особенно амавротическая идиотия и Huntington'овская хорея. Значительно более важным, чем все эти сравнительно редко встречающиеся болезненные формы, является ряд обширных клинических групп, которые также, очевидно, происходят от внутренних причин, именно артериосклеротические душевные расстройства, в происхождении которых, конечно, играют известную роль и внешние вредные моменты, затем психозы возраста обратного развития и старческие, но в особенности dementia praecox, рядом с родственными ей парафрениями, наконец, эпилепсия.

В третьей основной группе мы объединяем те формы болезней, которые вызываются действиями психических влияний. Здесь мы встречаем “нервное истощение”, развившееся вследствие тяжелой и ответственной деятельности, “невроз ожидания”, развивающийся на почве тревожных опасений, также как и происходящее вследствие психического воздействия “индуцированное помешательство”, бред преследования, возникающий у людей с плохим слухом вследствие отчуждения от общества, далее неврозы испуга, являющиеся результатом тяжелого душевного потрясения, печальное последствие нашего законодательства о несчастных случаях — травматический невроз, и, наконец, психогенные душевные расстройства у арестантов и бред сутяжничества. Всем им свойственен относительно благоприятный

прогноз, поскольку возможно устранить возбуждающие болезнь причины.

Принимая во внимание, что всюду здесь, кроме внешних факторов, играет большую роль и личность больного, названные страдания представляют переход к четвертой основной группе — конституциональным психозам, которые являются, главным образом, выражением болезненного предрасположения. Эта группа содержит заболевания по большей части хронические, протекающие однако с колебаниями в виде более или менее часто повторяющихся приступов, причем эти последние дают относительно хороший прогноз, в то время как основное страдание остается на всю жизнь, не приводя, однако, к тяжелому ослаблению психики. Мы причисляем к этой группе маниакально-депрессивное помешательство, паранойю, истерию и обозначаемые нами, как врожденные болезненные состояния, сборные формы: нервность, неврозы навязчивых мыслей, импульсивное помешательство и половые извращения.

Все эти последние конституциональные заболевания с равным правом могут быть, вероятно, отнесены и к пятой основной группе, в которую мы включаем врожденные патологические состояния, которые должны пониматься исключительно как проявления болезненного предрасположения, здесь болезнь остается без заметного изменения на всю жизнь, но не без влияния со стороны естественного процесса развития индивидуума.

Причиной этих болезней мы признаем наследственное вырождение, далее повреждение зачатка, возникающее благодаря заболеванию родителей или действию ядов, циркулирующих в их организме. Происходящие таким способом “задержки психического развития” могут коснуться преимущественно или исключительно эмоциональной или волевой сферы — тогда мы будем иметь многообразные картины психопатий, из которых, не без произвола, выделяются отдельные клинические группы, так, напр., неустойчивые личности, возбудимые, спорщики, лгуны, обманщики, антисоциальные, импульсивные. Если же на первый план картины болезни выступает ослабление интеллекта, то мы говорим об “олигофрениях”, различных формах врожденного слабоумия. По степени расстройства отличаются тяжелая и легкая формы: идиотия, имбецильность, дебильность. Однако, мы имеем достаточно данных, которые свидетельствуют, что эти состояния слабоумия возникают вследствие различных этиологических моментов. Насколько уже в настоящее время мы в состоянии усмотреть в них влияние определенного болезненного процесса, эти случаи должны быть разнесены по другим группам нашей классификации; однако остаются некоторые формы, которые мы при нашем недостаточном знании их сущности провизорно должны присоединить к общей массе олигофрении, например, монголизм и некоторые особые виды инфантилизма.

Все душевные болезни согласно этому должны быть распределены приблизительно следующим образом:

I. Психозы, развивающиеся вследствие внешних телесных повреждений

1. Повреждения мозга.

A. Травматический делирий.
B. Травматическая эпилепсия.
C. Травматическое слабоумие.

2. Отравления.

A. Отравления продуктами обмена веществ (уремия, эклампсия, koma diabeticum, дисфункция желез и т. п.).
B. Острые отравления случайными ядами (светильный газ, закись азота, сантонин, гиосцин, атропин, тропококаин).
C. Алкоголизм: а) непосредственное воздействие яда (опьянение, патологическое опьянение, хронический алкоголизм, бред ревности у пьяниц); в) не прямое действие яда (delirium tremens, алкогольное бредовое помешательство, Корсаковская болезнь).
D. Морфинизм.
E. Кокаинизм.
F. Более редко встречающиеся привычные отравления (эфир, гашиш).

3. Инфекции.

A. Менингит, энцефалит, гидроцефалия, мозговой абсцесс.
B. Лихорадочный делирий, инфекционный делирий (тиф, оспа, суставной ревматизм, инфлюэнца, хорея, перемежающаяся лихорадка, сепсис, чахотка, бешенство).
C. Острая спутанность (Amentia).
D. Состояние психической слабости после инфекции.

4. Сифилис мозга.

A. Сифилитическая неврастения.
B. Сифилитический псевдопаралич.
C. Сифилис мозга с апоплексией.
D. Сифилитическая эпилепсия.
E. Параноидные заболевания.
F. Психозы при табесе.
G. Наследственный сифилис.

5. Прогрессивный паралич (мета—сифилис).

A. Дементная форма.
B. Депрессивная форма.
C. Экспансивная (классическая) форма.
D. Ажитированная или галопирующая форма.
E. Атипические формы.
F. Юношеский паралич.

6. Дизаденоидные заболевания.

A. Тиреогенные психозы: а) при Базедовой болезни в) микседема, с) кретинизм.
B. Слабоумие при заболеваниях гипофиза, шишковидной железы, надпочечников, половых желез, thymus.

Психозы, развивающиеся вследствие внутренних болезненных процессов в организме

1. Эндогенные заболевания мозга (Опухоли мозга, туберозный склероз, мегалэнцефалия, лобарный склероз).

2. Фамильные заболевания мозга (Huntington'овская хорея, амавротическая идиотия).

3. Артериосклеротические психозы.

A. Артериосклеротические состояния психической слабости.
B. Субкортикальный энцефалит.
C. Поздняя эпилепсия.
D. Апоплексическое слабоумие.

4. Пресенильные душевные заболевания.

A. Злокачественные формы.
B. Кататонические формы.
C. Параноидные формы (пресенильный бред ущерба).

5. Старческие душевные расстройства.

A. Старческое слабоумие.
B. Пресбиофрения.
C. Alzheimer'овская болезнь.
D. Старческий бред преследования.

6. Dementia praecox.

A. Dementia simplex
B. Слабоумие, сопровождающееся дурашливостью (Hebefrenia).
C. Депрессивное и ступорозное слабоумие.
D. Ажитированные и циркулярные формы.
E. Кататония.
F. Параноидные формы.
G. Речевая спутанность.

7. Парафрении.

A. Формы с систематизированным бредом.
B. Экспансивные формы.
C. Формы с конфабуляциями.
D. Фантастические формы.

8. Генуинная эпилепсия.

III. Психогенные заболевания

A. Нервное истощение.
B. Невроз ожидания.
C. Индуцированное помешательство.
D. Бред преследования у лиц с плохим слухом.
E. Невроз испуга.
F. Травматический невроз.
G. Психогенные душевные расстройства у арестантов. Н. Бред сутяжничества.

IV. Конституциональные душевные расстройства.

1. Маниакально-депрессивное помешательство.

A. Меланхолия.
B. Мания.

C. Смешанные состояния.
D. Основные циклотимические состояния.

2. Паранойя.
A. Бред преследования и бред ревности.
B. Бред изобретения, бред происхождения, религиозный бред, бред величия, эротическое помешательство.

3. Истерия.
A. Истерия возраста развития.
B. Дегенеративная истерия.
C. Алкогольная истерия.
D. Истерия при несчастных случаях.
E. Тюремная истерия.

4. Невроз навязчивых идей.
A. Навязчивые представления.
B. Фобии.
C. Страх ответственности.
D. Боязнь общества.

5. Импульсивное помешательство.

6. Половые извращения.
A. Онанизм. Эксгибиционизм.
B. Фетишизм.
C. Мазохизм.
D. Садизм.
E. Гомосексуализм.

V. Врожденные болезненные состояния.

1. Нервность.

2. Психопатии.
A. Возбудимые.
B. Неустойчивые.
C. Импульсивные.
D. Спорщики.
E. Лгуны и мошенники.
F. Антисоциальные.

3. Олигофрении.
A. Идиотия, имбецильность, дебильность.
B. Монголизм.
C. Инфантилизм.

I. Психозы вследствие внешних телесных повреждений

I. Помешательство после повреждения мозга

A. *Травматический делирий* (случай 37). Вследствие обширного разрушения мозга (ушибы вследствие падения или удара, огнестрельные ранения, переломы черепа, кровоизлияния, иногда даже и без внешнего повреждения) прежде всего наступает бессознательное состояние, часто сопровождающееся симптомами повышенного внутричерепного давления (рвота, замедление пульса). Когда больной придет в себя, замечается расстройство осмышления, неясное сознание, в некоторых случаях (при кровоизлияниях), постепенно нарастающее неузнавание окружающих лиц и обстановки, часто амнезия о травме и о событиях, бывших незадолго до того, расстройство способности запоминания; ложные воспоминания, бредовое восприятие окружающего, бредовые рассказы, повышенное, часто раздражительное настроение, беспокойство. К этому нередко присоединяется трудность в подыскании слов, парафазические и параграфические расстройства, головные боли, головокружения, эпилептиформные припадки, при случае также и параличи. В течение нескольких дней или недель происходит с известными колебаниями постепенное исчезновение расстройств, если только повреждение не повело к образованию абцесса или к смерти при явлениях менингита (лихорадка, тугоподвижность затылка, судороги, лейкоциты в

спинномозговой жидкости). Иногда отдельные бредовые представления не так скоро корригируются, несмотря на наступившее прояснение сознания. Исход — выздоровление, нередко с более или менее выраженными остатками бывших расстройств, часто остаются эпилептические припадки. Лечение состоит прежде всего в постельном содержании и лед на голову: при сильных симптомах повышенного внутричерепного давления показана трепанация (удаление костных осколков, кровяных сгустков).

B. *Травматическая эпилепсия* (случай 38) наступает спустя более длинный или более короткий промежуток времени после травмы или сотрясения мозга и выражается в общих или ограниченных (корковая эпилепсия) судорогах. Припадки часто бывают только единичными, могут вызываться употреблением алкоголя. Как правило, сумеречных состояний сознания не наблюдается, также не развивается и эпилептического слабоумия. Удаление мозговых рубцов имеет обычно только преходящий успех. Нужно пробовать бромистое лечение и запретить употребление алкоголя.

C. *Травматическое слабоумие* является результатом тяжелых мозговых травм. Оно характеризуется повышенной утомляемостью, забывчивостью, расстройством запоминания, бедностью мысли, слабостью суждения, равнодушием, раздражительностью, наклонностью к припадкам буйства, часто ипохондрическими ощущениями. При этом наблюдается невыносливость по отношению к алкоголю, состояния ажитированного опьянения (см. 2, C, a) головокружения, головные боли, эпилептические припадки, обмороки, при случае параличи или другие симптомы выпадения. Лечение состоит в осторожном подготовлении к повседневной жизни, урегулировании образа жизни, запрещении всех возбуждающих моментов и полном исключении алкоголя.

2. Отравления

A. Отравления продуктами обмена веществ. Самым важным является делирий при уремии у тяжелых почечных больных (случай 19). Болезнь начинается с головных болей, рвоты, общей разбитости, тревожного настроения, раздражительности, беспокойного сна. Затем следуют часто обмороки или эпилептиформные припадки, спутанность, обманы зрения и слуха, веселое или тревожное настроение, бесцельное беспокойство; часто отдельные очаговые симптомы, иногда retinitis albuminurica. В моче много белка, цилиндры, в крови увеличение “остаточного азота”; пульс неравномерный, ускоренный. По большей части при нарастании состояния оглушенности наступает смерть, если только, лечение почечного страдания не дает быстрого улучшения. Подобную же картину сноподобной спутанности с обманами чувств, возбуждением и судорожными припадками дает и эклямптический делирий, наблюдающийся в конце беременности или вскоре после родов; прогноз несколько благоприятнее, чем при уремии. При необходимости приступают к производству преждевременных родов; кроме того, показаны инъекции солевого раствора, клизмы из amylenhydrat'a и сердечные средства. Сюда же принадлежит делирий при фосфорной желтухе, при, раковой кахексии, при тяжелых сердечных страданиях, при koma diabeticum; также, может быть, некоторые из наблюдающихся поражений мозга у врожденное слабоумного нужно свести на действие отравления продуктами обмена веществ до рождения.

B. Острые отравления введенными внутрь ядами. Здесь следует упомянуть о делириях при отравлении атропином (расстройство осмышления, спутанность с отдельными зрительными обманами, дурное самочувствие, возбуждение или тревожное настроение, сильное возбуждение, при этом сильно расширены зрачки; гиосцином (оглушенность, неприятные вкусовые и обонятельные ощущения, зрительные обманы, сухость в глотке, тяжесть во всех членах, чувство опьянения, расширенные зрачки); окисью углерода и светильным газом (потеря сознания, сумеречное состояние сознания как при опьянении, впоследствии часто развивается слабоумие с параличами, атрофией мышц, аналгезиями и расстройствами со стороны пузыря): закисью азота (скоро преходящие сумеречные состояния, как при опьянении, с бредовыми, обыкновенно сексуальными, переживаниями).

C. Алкоголизм — практически представляет в самом широком смысле самую важную форму отравлений. Здесь различают целый ряд патологических картин:

a) Опьянение заключается в затруднении усвоения восприятии и переработки внешних впечатлений, в расстройстве способности запоминания с увеличением числа ошибочных воспоминаний, замедлении мыслительных процессов, уплощении ассоциаций (вытеснение внутренних, реальных соотношений звуковыми сочетаниями), повышенной отвлекаемости, веселом настроении, повышенной возбудимости, волевом возбуждении с облегчением всех двигательных актов, стремлении к речи и к деятельности, усилении половой возбудимости, которая легко ведет к разврату и заражениям; позднее наступает замедление и затруднение движений, неловкость в движениях, невнятная речь, шатающаяся походка, наконец, нарастающий паралич. Наиболее легкие признаки этих расстройств при опытах с измерениями обнаруживаются уже при дозах в 20 — 30 gr. алкоголя (S — s литра пива) и даже после 7—8 gr. К этому присоединяется учащение пульса, расширение кожных сосудов, понижение систолического давления, замедление скорости течения крови. Чувствительность по отношению к алкоголю представляет большие индивидуальные различия (женщины и дети — с одной стороны; рабочие-пивовары — с другой). Опьянение после относительно малых доз алкоголя обозначается как “невыносливость”. Кроме того, существуют еще формы необычной реакции, при которой дело идет о патологическом или, лучше сказать, ажитированном опьянении (случ. 64) Здесь волевое возбуждение и при больших дозах алкоголя не переходит в паралич, так

что при ясно выраженном затемнении сознания дело доходит до сильной раздражительности, бурного возбуждения со склонностью к тяжелым насилиям. Такого рода действие алкоголя проявляется, как и возбуждение при хлороформном наркозе, улиц с повышенной возбудимостью волевой сферы, у психопатов, истериков, эпилептиков, привычных пьяниц. Также в жарком климате возбуждающее действие алкоголя проявляется сильнее (Troppenkollei — тропическое буйство). При склонности к ажитированному опьянению безусловно необходимо длительное воздержание, при уже развившихся случаях — самый тщательный надзор.

в) Хронический алкоголизм. Действие дозы алкоголя в 80—100 gr. обычно сохраняется еще после 24—36 часов. При регулярном возобновлении таких приемов раньше уничтожения действия предыдущей дозы развивается длительное действие алкоголя (при опытах обнаруживаемое уже после 8-ми дневного употребления), при котором получается картина хронического алкоголизма (случаи 40, 41): затруднение усвоения восприятий, ослабление и неуверенность памяти, падение умственной работоспособности, поверхностность мысли, повышенная утомляемость, быстрое утомление при напряжении внимания, уменьшение психической живости, алкогольное поглупение (Versimpelung). Все эти изменения сами пьяницы не замечают, также самообманчиво бывает представление их о своих способностях (чувство повышенной работоспособности). Из эмоциональной области следует отметить “юмор пьяниц”, как отражение безмятежно-довольного настроения при опьянении, стремление видеть в розовом свете собственную жизнь; временами бывает непосредственный переход такого настроения в “мрачное отчаяние” со стремлением к самоубийству. Длительное возбуждающее действие алкоголя на волю обнаруживается в повышенной раздражительности под влиянием алкоголя (истерические возбуждения, сварливость, склонность к кулачной и ножевой расправе в трактире, сопротивления, угрозы и оскорбления родных), парализующее действие выражается в неохоте к труду (каждая работа кажется пьянице особенно тяжелой), недостатке выдержки, уменьшении работоспособности, в податливости, в отсутствии надежды на возврат к прежнему. Жажда увеселяющего и возбуждающего действия алкоголя ведет к все более неосмотрительному расходованию на свои личные надобности заработка, размеры которого неуклонно падают, алкоголик забрасывает жену и детей, не думает о делах, хозяйство запускается, наконец, дело доходит до нищенства и бродяжничества. Непонимание алкоголика приводит его к тому, что он считает причиной этого падения и разорения внешние обстоятельства — особенности своей профессии, которая принуждает к выпивке, несчастные случайности (в которых он сам виноват), плохие времена, недоброжелательство. В расстройстве семейного уюта (вследствие уменьшения способности заработать, траты денег на напитки, выманивание заработка жены, жестоких скандалов и побоев при возвращениях домой из трактиров, мерзких половых извращений и требований) виноватой делается жена. Весьма часто развивается бред ревности (случай 41), который питается увеличением полового возбуждения при падении потенции, нарастающим отчуждением, бегством жены к сочувствующим соседям, часто также: бредовым толкованиям невинных событий, отдельными галлюцинациями или ложными воспоминаниями. Вначале появляющийся лишь в состоянии опьянения бред ревности может пустить все более прочные корни и повести к опасным преступлениям (убийство жены). Притупившаяся вследствие привычки чувствительность к алкоголю позже снова увеличивается; старый пьяница “не может выдержать пустяка”. К этому присоединяется заболевание сердца, сосудов, почек, часто также невриты (болезненность нервных, стволов, расстройство чувствительности, симптом Romberg'a).

Лечение алкоголизма состоит исключительно в проведении длительного, полного воздержания от возбуждающих напитков, так как “умеренное” выпивание вследствие ослабляющего волю действия алкоголя скоро ведет к возвратам. Большое значение имеет своевременное вмешательство, прежде чем длительное действие яда успело сильно повредить; в это время еще можно надолго спасти больше половины больных (случай 40). Как правило, должно быть предписано длительное (8—12 месяцев) пребывание в алкогольной лечебнице, а затем участие в одном из обществ трезвости.

с) Delirium tremens и алкогольное помешательство (галлюциноз пьяниц). Помимо непосредственного действия яда мы наблюдаем еще при тяжелом пьянстве (особенно при употреблении водки) еще иного рода (“металкогольные”) расстройства, которые мы считаем правильным рассматривать, как косвенное следствие алкоголизма. Наступлению белой горячки (случай 43) благоприятствуют лихорадочные заболевания (пневмонии), плохое питание (катарр желудка), тюремное заключение. Начинается болезнь неожиданно ночью, часто после длительного периода предвестников (беспокойный сон, страшные сны, ночные поты), нередко после эпилептиформного припадка. Быстро развивается сильное расстройство усвоения восприятий, недостаток осмышления, иллюзорность восприятий (ошибочное “парафазическое” чтение), неузнавание окружающего, потеря ориентировки, повышенная отвлекаемость, расстройство запоминания, ложные воспоминания. Особенно характерными являются обманы зрения, достигающие большой чувственной живости, особенно маленькие движущиеся и изменяющиеся предметы (ползающие, извивающиеся, барахтающиеся, порхающие) звери, мыши, пауки, жуки, змеи, птицы, часто причудливо располагающиеся, дальше проволоки, нити, стекла, монеты или пестрые, меняющиеся картины (кавалькады, солдаты, цветы, рожи, огненные всадники), как в кинематографе. Реже обманы слуха и осязания (оклики, угрозы, опрыскивания водой, царапанье зверей). Как правило, эти обманы поддаются действию внушения, часто даже вызываются внушением; больные видят с закрытыми глазами (“галлюцинации при давлении”), читают по пустому листу, телефонируют в фонарь для исследования зрачков, чувствуют вещь в пустой

сжатой руке. Сознание переполнено цепью сноподобных, весьма причудливых, то устрашающих, то забавных переживаний, при которых большую роль играют привычные занятия (“бред профессии”). Настроение колеблется между тревогой и юмористической беспечностью. При этом бывает бурное, возрастающее ночью беспокойство, перебирание руками, собирание, стремленье бежать, стук в дверь. Движения неловки, неуклюжи; походка неуверенная, шатающаяся; речь неясная; растопыренные пальцы обнаруживают сильное дрожание; иногда наблюдается в высокой степени расстройство равновесия; пателлярные рефлексы большею частью повышены. В течение болезни сон почти совершенно отсутствует; пульс ускоренный, мягкий; температура тела часто повышена, иногда очень значительно (“delirium tremeus febrile” с неблагоприятным прогнозом); наступают обильные поты; в моче часто находят белок.

Болезнь тянется обычно около 2—4 дней. Выздоровление наступает сразу, после глубокого сна. Иногда впоследствии развивается Корсаковская болезнь (см. ниже). Приблизительно в 3—4% всех случаев больные погибают при наличности явлений раздражения мозга или вследствие слабости сердца. С самого начала целесообразно давать сердечные средства (кофеин, дигиталис). Приемы алкоголя не помогают, по-видимому даже ухудшают прогноз. Против возбуждения назначаются теплые ванны, против бессонницы паральдегид. Тщательный надзор безусловно необходим.

Алкогольное бредовое помешательство (случай 44-ый) стоит весьма близко к белой горячке; существуют многочисленные переходные формы (delirium tremens с системой бреда с ясным сознанием). Начало менее быстрое. Болезнь начинается с слуховых обманов, которые вначале появляются только ночью, а затем и днем; слышны оскорбления, угрозы, часто длинные разговоры третьих лиц, которые интерпретируют поведение больного; затем присоединяются, особенно ночью, также отдельные обманы зрения и осязания. Так образуется при совершенно незначительном помрачении сознания вполне выраженный бред преследования, появляются идеи, что за больным наблюдают на каждом шагу, его преследуют враги; иногда к этому присоединяются и идеи величия (большое наследство, назначение на высокий пост). Настроение бывает тревожное (часто попытки к самоубийству), раздражительное, иногда с примесью юмора; поведение правильное, но бред оказывает влияние на поведение (попытки бегства, нападения на мнимых преследователей, обращение за защитой к полиции). Сон и аппетит плохи. После нескольких недель или месяцев обманы чувств и бред постепенно или довольно быстро исчезают. Редко при delirium tremens, чаще при алкогольном бреде дело доходит до развития неизлечимого “галлюцинаторного слабоумия пьяниц” с длительными слуховыми обманами, бредовыми идеями преследования и воздействия, слабостью суждения, эмоциональной тупостью, слабостью воли; последние расстройства остаются даже, если первые, спустя тот или другой срок, исчезают. В тех или других случаях впоследствии образуется причудливый бред преследования и величия.

д) Корсаковский психоз (случай 45), часто начинается после предварительно бывшего delirium tremens: женщины заболевают чаще. Довольно быстро развивается расстройство запоминания, почти непосредственное забывание всех новых событий; кроме того, довольно значительный промежуток времени их недавнего прошлого (в некоторых случаях несколько лет) также может более или менее полно выпасть из памяти. Заполнение этого пробела совершается посредством меняющихся ложных воспоминаний (часто весьма фантастических), которые или выплывают сами собою или вызываются благодаря вопросам и подсказываниями и часто удивляют точностью деталей. При этом существует длительная дезориентировка во временных отношениях, в жизненных отношениях, в окружающем, далее неспособность быстро ориентироваться в сложных впечатлениях, ослабление душевной живости, повышенная утомляемость, равнодушное настроение, тупость. В соматической области находят невриты, иногда в тяжелой форме с параличами, угасание коленных рефлексов, атрофию мышц, ускорение пульса, одышку, иногда очаговые симптомы, кроме того часто воспаление почек, заболевания печени и сердца, туберкулез. Приблизительно в 1/6 всех случаев болезнь принимает прогрессирующее течение и наступает смерть, в остальных случаях расстройства или длительно остаются без изменений, или медленно, месяцами, улучшаются, оставляя после себя более или менее значительное слабоумие.

Иногда у привычных пьяниц дело доходит до развития pachymeningitis haemorrhagica (быстро развивающиеся явления повышенного внутричерепного давления и явления мозгового раздражения, односторонние параличи или судороги, кровь в спинномозговой жидкости) или энцефалитических заболеваний с кровоизлияниями в области aquaeductus Sylvii (polioencephalitis acuta haemorrhagica superior с глазными параличами), особенно при Корсаковской болезни.

f) Алкогольная эпилепсия. При далеко зашедшем алкогольном слабоумии (водка) могут, особенно в связи с delirium tremens, появиться отдельные тяжелые эпилептиформные припадки с прикусыванием языка и упусканием мочи, которые при длительном воздержании снова исчезают. Дифференциальный диагноз с генуинной эпилепсией ставится на основании отсутствия остальных симптомов эпилепсии, эквивалентов, малых припадков, своеобразного слабоумия, а также и на основании зависимости болезни от употребления алкоголя.

D. Морфинизм (случаи 46, 47, 48) возникает большей частью в связи с мучительными или очень болезненными страданиями, при которых врач прибегает к обезболивающему действию морфия и, наконец, предоставляет шприц самому больному. Среди морфинистов около 1/3 части врачи или их родственники. Средство вызывает облегчение мыслительных процессов, приятное настроение и паралич воли. Каждый раз через 5—6 часов возобновляющиеся явления голодания (беспокойство, тревожность, сердцебиения, чувство

озноба, неприятные ощущения, зевота, чихание, трясение, мускульные судороги, поты, поносы), принуждают к регулярному приему яда, так что дело быстро доходит до привычки, а доза начинает возрастать, пока не достигнет 1 gr. и выше в день. Результатом является постоянное колебание между явлениями отравления и явлениями голодания, полная зависимость от морфия, далее тяжелое расстройство воли, потеря выдержки и работоспособности, повышенная чувствительность к боли и неприятным ощущениям, бессонница; в соматической области — уменьшение аппетита (особенно по отношению к мясу), ослабление половых функций, кариозный процесс в зубах; на руках и бедрах обычно видны многочисленные рубцы от гнойников после вспрыскиваний. Своевременное и тайное добывание морфия, которое делается для больных вопросом жизни, вызывает большие расходы, в случае нужды доводит до растрат, воровства, безрассудных поступков, подделки рецептов. Отвыкание от морфия обычно собственными силами больных оказывается недостижимым, отучение поэтому должно производиться в закрытых лечебных заведениях и должно проводиться с принятием самых строгих предосторожностей против тайной доставки морфия, которая обнаруживается благодаря исчезновению явлений морфийного голодания и появлению спокойного сна. Ввиду опасения колляпса морфий отнимается постепенно, смотря по величине привычной дозы в течение времени от 3—4 до 10—14 дней (вначале уменьшается, а затем и бросается дневная доза, затем вечерняя). Для борьбы с явлениями голодания служит постельное содержание, теплые ванны, на ночь веронал или пара-льдегид; всех остальных "заменяющих" морфий средств — алкоголя, кокаина, кодеина, дионина надо избегать; только в случаях крайней необходимости, при явлениях со стороны сердца, допускаются маленькие дозы морфия. Против рвоты помогает лед или промывание желудка; питание поддерживается обильными приемами жидкой пищи (охлажденное молоко). Самое позднее через 1—2 дня после последнего приема явления голодания исчезают, но еще очень долго остаются большое чувство недовольства и плохой сон, что обыкновенно и вызывает возвраты злоупотребления морфием. Поэтому возвращение к занятиям должно происходить постепенно, только спустя месяцы; показано в течение нескольких лет подчинять этих больных время от времени короткому (1—2 дня) карантину, чтобы на основании отсутствия явлений голодания убедиться, не имеется ли рецидива. Только в очень небольшом числе случаев удается достигнуть длительного освобождения от морфия; больше 9/10 больных рецидивируют. Действительная борьба с морфинизмом поэтому лежит в профилактике, что вполне находится в руках врачей. Морфий при острых страданиях должен назначаться только на короткое время, при хронических же только тогда, когда они неизлечимы и делают жизнь невыносимой. Ни один больной не должен уходить из под наблюдения врача прежде, чем ему не будет прекращен морфий. Лечение морфием простой бессонницы неврастенических или истерических жалоб является врачебной ошибкой.

Е. Кокаинизм (случай 47, 48) известен у нас почти исключительно в связи с морфинизмом, так как кокаин нередко назначался для облегчения отвыкания от морфия. Это средство вызывает возбуждение, как при опьянении, и хорошее самочувствие; при употреблении в течение недель или месяцев появляется забывчивость, скачка идей, раздражительность, болтливость, беспокойство, больной берется за массу дел, далее появляются обманы слуха (угрозы, ругань, отрывочные замечания), зрения (многочисленные мелкие предметы, блохи, черви, кружки), осязания (кожный зуд, булавочные уколы, электрический ток), бредовые идеи преследования и ревности, которые легко приводят к тяжелым насилиям. Вместе с тем появляется тяжелое расстройство питания, слабость, неуверенность походки, подергивания, сердцебиения, поты, бессонницы. После отнятия кокаина, которое может производиться сразу, расстройства в большей своей части исчезают, но значительная слабость воли остается, следствием чего являются почти всегда рецидивы. Поэтому регулярного назначения кокаина при всех условиях надо избегать.

Из ядов, к которым привыкают, следует еще упомянуть об эфире (Ирландия, Восточная Пруссия) и гашише. Злоупотребление эфиром, подобно алкоголю, вызывает состояние опьянения и высокую степень слабости воли; употребляемый на востоке гашиш вызывает делирии и слабоумие с сильной раздражительностью и безволием.

3. Инфекции

А. Менингит, энцефалит. Острые заболевания мозга и его оболочек, возникающие вследствие различных инфекций, порождают клинические картины, которые складываются из симптомов мозгового раздражения и симптомов мозговых выпадений делириозной оглушенности, неясности сознания, беспокойства, ограниченных или общих судорог, парезов, параличей; при этом также повышается температура. При менингитах расстройства носят более разлитой характер, при энцефалите более очаговый, однако эта разница может сглаживаться. Острый менингит сопровождается гипералгезией, сведением затылка, втянутым животом, напряжением и болями во время сгибания бедер при выпрямленной голени (симптом Кернига) и лейкоцитозом в спинномозговой жидкости, в то время как при энцефалите может быть сделано более точное его распознание благодаря очаговым симптомам (параличи, гемианопсия, афазические расстройства). Психиатрическое значение особенно имеют некоторые последовательные состояния. После излечения от эпидемического цереброспинального менингита может оставаться слабость памяти и суждения, бедность мышления, тугоподвиж-ность психики с головокружениями и приступами судорог по временам. Закончившийся острый или хронический энцефалит может быть источником "церебральных детских параличей" (случай 73), которые характеризуются наряду с большей или меньшей степенью

слабоумия (недостаточное усвоение восприятий, недостаточность запоминания, неполное развитие речи, раздражительность, беспокойное, суетливое или тупое безучастное поведение), гемиплегиями (большей частью спастическими), реже диплегиями: при этом в парализованных членах возникают часто расстройства роста, атетоз или хореатические подергивания, содружественные движения, далее общие или односторонние эпилептиформные судороги. Возможно возникновение "резидуальной эпилепсии" после энцефалита и без параличей. Анатомические находки после энцефалита — порэнцефалия, рубцовое западение и втяжение в коре и в мозгу, ограниченная атрофия и микрогирия.

Также и острый hydrocephalus, протекающий с явлениями повышенного мозгового давления (замедление пульса, рвота, застойный сосок), параличем глазных мышц, мышечными спазмами, судорогами, парезами и лихорадкой может по излечении оставить после себя психическую слабость, быть может вследствие разрушения мозговой коры (равномерное разрушение многочисленных участков коры). Мозговые абсцессы (часто ушного или травматического происхождения) могут, каждый раз в зависимости от локализации, протекать или почти без всяких расстройств или с очаговыми явлениями; психические симптомы (забывчивость, недостаток осмышления, раздражительность, возбуждение) часто очень незначительны.

В. Лихорадочные делирии; инфекционные делирии. Между обеими этими формами, вероятно, не имеется никакой принципиальной разницы, но многие наблюдения говорят за то, что клиническая картина до известной степени зависит от характера инфекции. По тяжести расстройств можно различать: 1) недомогание, раздражительность; беспокойство, тревожный сон со страшными снами; 2) сноподобная оглушенность с делирантными обманами чувств и причудливыми переживаниями, тревожное или веселое настроение; 3) недостаток осмышления, скачка идей со спутанностью, состояние возбуждения; 4) оглушение, сонливость, слабость и неуверенность движений, обирание себя руками, глубокое помрачение сознания. Тяжесть симптомов часто, но далеко не всегда соответствует высоте лихорадки. Из отдельных форм инфекционных делириев следует упомянуть развивающийся в первые дни брюшного тифа (иногда также при оспе) "инициальный делирий" с отрывочными идеями преследования, галлюцинациями или с тяжелыми приступами возбуждения и тяжелым затемнением сознания, часто встречающиеся периодические сумеречные состояния с тревогой при intermittens, делирантная спутанность при инфлюэнце, мусситирующие делирии при сепсисе. Далее, сюда принадлежат довольно часто развивающиеся состояния спутанности при хорее (неосмысленность, отдельные обманы чувств, отвлекаемость, раздражительность, изменчивость настроения, несвязные депрессивные бредовые идеи, хореатическое беспокойство; (случай 20-й), галлюцинаторные делирии при бешенстве с распространенными рефлекторными судорогами, далее, почему-то, очень редкие делирантные бредовые сочетания при легочной чахотке, сопровождающиеся галлюцинациями. Всюду здесь дело идет о проникновении болезненных возбудителей в поток крови, большею частью также и в мозг. Прогноз зависит от основной болезни, особенно серьезен при инициальных делириях. Если больной остается в живых, то большей частью наступает полное выздоровление, однако отдельные, возникшие на высоте болезни бредовые идеи и обманы чувств и по выздоровлении могут оставаться (резидуальные бредовые идеи), особенно при брюшном тифе. Лечение — пузырь со льдом, длительные теплые ванны, солевые вливания, паральдегид, веронал-натрий, сердечные.

Вторая группа делириев начинается после падения температуры и стоит также в связи с болезненными ядами, но частью, быть может, зависит от действия аутолиза продуктов распада.

Кроме редких делириев без потери сознания в период между эрупционной и нагноительной лихорадкой при оспе, сопровождающихся галлюцинациями зрения и слуха, наблюдаются еще быстро протекающие, галлюцинаторные состояния возбуждения со спутанностью с хорошим прогнозом, при котором, впрочем, жизни может угрожать опасность (делирии коллапса). Они наблюдаются чаще всего при роже головы, пневмонии, но также бывают при инфлюэнце, суставном ревматизме и скарлатине. Лечение длительными ваннами, обильным питанием при надобности через зонд, солевыми вливаниями, паральдегидом, сердечными.

С. Острая спутанность (Amentia). Под этим именем объединяется ряд симптомокомплексов, которые характеризуются быстрым развитием сноподобной спутанности без галлюцинаций или с ними, большей частью также с возбуждением. В то время как большая часть подобных состояний является выражением других заболеваний (особенно маниакально-депрессивного психоза и dementia praecox), остается небольшая группа своеобразных случаев, которые развиваются после инфекционных болезней, особенно после брюшного тифа и суставного ревматизма. Им всем обща неспособность переработки внешних впечатлений, недостаток осмышления, повышенная отвлекаемость, растерянность, неспособность понимания, затруднение мыслительных процессов вплоть до полной бессвязности. Очень часты обманы чувств, особенно иллюзии, далее бредовые представления депрессивного, реже экспансивного содержания. Настроение тревожно-плаксивое или раздражительное, иногда веселое, больные беспокойны, временами бывает сильное возбуждение. К этому присоединяется бессонница, недостаточный прием пищи, быстрое падение веса тела. Продолжительность болезни достигает нескольких недель или месяцев; прогноз благоприятен. Лечение: постельное содержание, длительные ванны, обильное питание, строгий надзор, при надобности успокоительные или снотворные средства.

D. Состояния психической слабости после инфекций (случай 21-й). Всем известное затруднение психических процессов, безучастность и слабость воли в период выздоровления от инфекционных болезней может принять при известных обстоятельствах форму выраженного душевного расстройства. Как

правило, при этом дело идет частью о замедлении выравнивания инфекционного отравления нервной системы, а частью также об энцефалитических процессах; первое относится к роже головы, суставному ревматизму, может быть также к холере, последнее — к тифу, оспе, инфлюэнце. Мы наблюдаем при этом тяжелые расстройства усвоения восприятий вплоть до полной потери способности понимания и запоминания, неясность и спутанность мысли с отдельными бессвязными бредовыми идеями, тупое безразличие или стойкую тревожность, временами с приступами вспыльчивости, ослабление волевых проявлений вплоть до ступора. В отдельных случаях (при энцефалите) возникают очаговые симптомы (расстройства речи, парезы, судороги) или полиневриты. Длительность этих состояний развивающихся из лихорадочных делириев тянется всегда многие месяцы, даже годы. Прогноз — сомнительный; при выраженных энцефалитических заболеваниях дело может дойти до длительного слабоумия.

Лечение: тщательный надзор и уход, хорошее питание больных, по большей частью сильно упавших в весе.

4. Сифилис мозга (случаи 22—24, 73)

Лежащие в основе психических процессов при сифилисе мозга болезненные процессы могут принять в общем две различные формы. Наиболее частым является менингоэнцефалит (случай 22-й), который характеризуется воспалительной инфильтрацией и утолщением мягкой мозговой оболочки, особенно на основании, умеренным проникновением лимфоцитов и плазматических клеток в стенки сосудов, разрастанием клеток оболочек, особенно интимы, при случае до полного закупоривания сосудов и последующего размягчения питаемой сосудом области, распространение этого процесса на соседние участки коры, неправильное новообразование сосудов, энцефалитические очаги и запустение коры с образованием глиозных рубцов. Из эндартериитических форм для нас особенно важны заболевания малых мозговых сосудов, которые дебютируют нестойкими образованиями с обильным разрастанием сосудистых клеток, особенно эндотелия, наряду с увеличением сосудистых просветов и могут вести к рассеянным кровоизлияниям, размягчениям, запустениям; одновременно наблюдаются клеточные изменения и разрастание глии. Хотя соотношение между клинической картиной болезни и этими патологическими процессами в настоящее время не совсем ясно, однако можно сказать, что формы, протекающие с сильными головными болями, недостатком осмышления, расстройствами глазных мышц, сильным лимфоцитозом в спинальной жидкости принадлежат скорее к менингоэнцефалиту, в то время как при сифилитической эпилепсии и при параноидных заболеваниях надо скорее думать об эндартериитической основе.

Значительные по размерам гуммы могут при случае вызывать явления опухоли (оглушенность, сонливость, очаговые расстройства, застойный сосок); как правило, они начинаются с менинго-энцефалитических заболеваний.

А. Сифилитическая нейрастения. Самые легкие, формы проявления сифилиса мозга, которые в то же самое время могут быть предвестниками тяжелых заболеваний, обозначаются как сифилитическая нейрастения. Болезнь проявляется в рассеянности; забывчивости, затруднении мыслительных процессов, безучастности, раздражительности, уменьшении работоспособности. К этому присоединяются головные боли, приступы головокружения, ряд неприятных ощущений, преходящие параличи, расстройство сна, повышение пателлярных рефлексов, часто также лимфоцитоз спинальной жидкости, Wa-R (“Wassermann'овская реакция”) в крови. Остается нерешенным, имеем ли мы здесь дело с чистыми явлениями отравления или с начальными явлениями воспалительного процесса. Во всяком случае показуется энергичное ртутное или сальварсанное лечение.

В. Сифилитический псейдопаралич. Под этим именем мы объединяем ряд картин, вероятно не однообразного происхождения, которые по своим проявлениям похожи на паралич. Больные невнимательны, забывчивы, не ориентированы, отвлекаемы, легко утомляются, отличаются бедностью мысли, слабостью суждения, при этом они веселы, раздражительны, реже тревожны, беспокойны, суетливы, но неспособны к планомерной работе. В отдельных случаях наблюдаются отдельные обманы чувств и бессвязные депрессивные или экспансивные бредовые идеи. К этому присоединяются головокружения, обмороки, судорожные припадки, намеки на афазию или апраксию, длительные или преходящие параличи, также и без нарушения сознания парезы, расстройства ощущения, параличи глазных мышц, смазанная речь, полное отсутствие реакции зрачков или лишь реакция на свет, часто односторонние, спастические явления, повышение пателлярных рефлексов, расстройство почерка, параличи пузыря, лимфоцитоз спинальной жидкости (часто несколько сот клеток; в кубич. миллиметре), Wa-R в крови, часто также слабая и в спинальной жидкости.

Изредка бывают состояния делириозной спутанности, также как маниакально окрашенное состояние возбуждения с идеями величия, скачкой идей, стремлением к речи и к деятельности, повышенным, раздражительным настроением; здесь наблюдаются также в изменчивой группировке и упомянутые соматические болезненные симптомы.

В известном ряде случаев наблюдаются далее картины как при Корсаковском психозе: недостаток осмышления, высокая степень расстройства запоминания с псевдореминисценциями, дезориентировка, изменчивое настроение, а также ступорозные состояния, тупая оглушенность, полная безучастность с ослаблением всех волевых проявлений.

Прогноз этих расстройств сомнительный. Иногда энергичным антисифилитическим лечением достигается совершенно поразительный, полный и длительный успех (случай 22-й), в то время как в других случаях достигается только незначительное улучшение, а иногда не достигается даже и остановки болезненного процесса. Страдание может вести к более легкому или тяжелому, часто достигающему очень высокой степени слабоумию, сопровождаемому разнообразными очаговыми явлениями, при чем Wa-R продолжает оставаться или исчезает. Некоторые больные погибают от апоплектических и эпилептиформных припадков, вследствие сердечных или сосудистых (аневризма аорты) заболеваний.

C. Апоплектическая форма сифилиса (случай 23), Болезнь начинается здесь очень часто уже в молодые годы ударом, после которого остается более или менее выраженная спастическая гемиплегия обычной формы, при соответствующих обстоятельствах с афазическими, аграфическими, апрактическими расстройствами. В то же время развивается то совершенно легкое, то тяжелое слабоумие, указанного под литерой B характера, при котором особенно выступает слабость воли и внушаемость. Удар может повториться, вызывая параличи и на другой стороне; при этом могут присоединиться те или другие из указанных выше соматических расстройств, в большинстве случаев также лимфоцитоз в спинальной жидкости и Wa-R в крови. Прогноз ухудшается с одной стороны возможностью смерти во время удара, а также большей частью незначительностью влияния антисифилитического лечения.

D. Сифилитическая эпилепсия. Эпилептиформные припадки более или менее часто наблюдаются при всех формах мозгового сифилиса. Они, однако, могут также являться единственным симптомом сифилиса, распознаваемого при помощи Wa-R и лимфоцитоза. Рядом с судорогами наблюдаются головокружения, обмороки, состояния спутанности; кроме того отмечаются часто расстройства глазных мышц и зрачковые расстройства, легкие изменения речи и почерка, намеки на гемипаретические явления. Успех лечения также и здесь сомнителен.

E. Параноидные заболевания. По-видимому, существует группа параноидных симптомокомплексов, которые должны быть отнесены к сифилису мозга. Большей частью дело здесь идет о бредовых идеях преследования или ревности, иногда в сопровождении идей величия, с яркими галлюцинациями слуха, реже других органов чувств, меняющимся настроением и большой эмоциональной возбудимостью. Помимо не всегда определенных серологических и цитологических указаний на луес, как правило находят здесь те или иные нервные расстройства, которые указывают на сифилитическую природу страдания: зрачковые расстройства, параличи глазных мышц, diabetes insipidus, припадки, легкие изменения речи и почерка. Исход — обычно известная степень психической слабости при продолжающихся отдельных болезненных явлениях; лечение не дает никакого существенного успеха.

F. Табические психозы. Иногда при табесе наблюдаются психозы, которые не являются, как это чаще бывает, выражением начинающегося прогрессивного паралича. Чаще всего бывает быстро развивающийся бред преследования с очень живыми обманами всех чувств, особенно слуха, который через несколько недель или месяцев исчезает. Впрочем наблюдаются и более хронически протекающие параноидные психозы с бредом преследования и величия. Быть может, здесь всюду дело идет о комбинациях табеса и сифилиса мозга.

G. Наследственный сифилис (случай 24, 73) может прежде всего путем поражения зачатка вызвать дефектное предрасположение и задержки развития, а затем также может служить причиною прогредиентных болезненных процессов. Первая группа поражений может быть объединена под названием сифилитического инфантилизма (сравн. V, 3. C). Дело идет о не жизнеспособных, слабых детях с нежным сложением, недоразвитой лицевою частью черепа и нередко увеличенной черепной коробкой (вдавленное основание носа, выпуклый “олимпийский” лоб, иногда Hutchinson'овские резцы с полулунной вырезкой); такие дети созревают медленно, остаются недоразвитыми, и весьма долго сохраняют детский аспект в чертах лица, половых признаках и строении тела. Со стороны психики наблюдаются самые различные степени душевной слабости, в особенности же нравственная дефектность, недоступность влиянию воспитания, слабость воли, недостаток выдержки, наклонность к воровству и обманам. Отдельные нервные симптомы (расстройства со стороны зрачков и глазных мышц, отсутствие пателлярных рефлексов) могут служить указанием на причину заболевания — сифилис. Часто констатируется Вассермановская реакция у больных, их братьев и сестер или родителей, но в дальнейшем она обыкновенно исчезает. Своевременное антисифилитическое лечение должно быть, во всяком случае, испробовано.

Из наследственных люэтических заболеваний мозга, по-видимому, наиболее часто встречается менингоэнцефалит, а потому при явлениях хронического менингита и энцефалита следует всегда прежде всего думать о сифилисе. Расстройства глазных мускулов, атрофия зрительного нерва, парезы и параличи, спастические явления, повышение или отсутствие сухожильных рефлексов, ухудшение речи и письма, припадки, особенно детские судороги, бывают связаны с постепенно нарастающим слабоумием; вместе с тем наблюдается лимфоцитоз и Вассермановская реакция в крови, реже также и в цереброспинальной жидкости. Сифилитические поражения сосудов также играют часто роль при образовании разного рода пороков развития, особенно при микроцефалии (недостаточно развитой мозг в маленьком черепе с убегающим назад лбом) и гидромикроцефалии (недоразвитой мозг, который далеко не выполняет маленького черепа), далее при развитии порэнцефалитических пустот в мозгу; при этом в течении постепенно или толчками прогрессирующего мозгового страдания может развиться клиническая картина церебрального детского паралича (случай 73). Наконец, имеется полное основание думать, что и

хроническая головная водянка по существу обусловливается сифилисом. Здесь, при явлениях повышения мозгового давления (оглушение, головные боли, рвота, замедление пульса) с атрофией глазных нервов, судорогами, спастическими явлениями, параличами, атаксией, расстройствами со стороны глазных мышц, дело доходит до более или менее выраженного увеличения мозга и увеличения черепа (до 70—80 сант. в окружности и более), причем промежутки между костями черепа выполняются отчасти вставочными костями; при этом развивается более или менее выраженное слабоумие, если процесс останавливается и больные остаются в живых. При всех названных заболеваниях рекомендуется возможно рано испробовать антисифилитическое лечение, даже если на основании анамнеза и исследования крови и цереброспинальной жидкости не удается получить доказательства наличности наследственного сифилиса

Быть может и некоторые случаи ранней эпилепсии должны быть отнесены на счет сифилиса (остаток законченных детских болезненных процессов); при этом следует искать соответствующих точек опоры и сообразно с этим устанавливать лечение.

5. Прогрессивный паралич (случаи 25—33)

Из группы сифилитических заболеваний головного мозга паралич выделяется прежде всего сроком своего развития — большей частью 8—15 лет после заражения, затем частым отсутствием других сифилитических болезненных явлений, в особенности же своим течением, ведущим неизбежно в короткий срок (в среднем 2—3 года) к самому тяжелому физическому маразму и к смерти. К этому присоединяется его неподатливость антисифилитическому лечению и постоянное присутствие сильно выраженной Вассермановской реакции в цереброспинальной жидкости. Наконец, своеобразные анатомические данные, которые указывают на общее поражение мозговой ткани и даже, может быть, всего организма (распространенная гибель клеток коры и нервных волокон, утолщение мягкой мозговой оболочки над лобными, теменными и височными долями, пролиферация глии с нарушением архитектоники коры, инфильтрация сосудистых стенок лимфоцитами и плазматическими клетками; затем гибель волокон задних и боковых столбов спинного мозга, аортит, всякого рода изменения в сердце, в печени, в почках). Все эти данные говорят зато, что паралич не есть простое сифилитическое заболевание, а стоит с сифилисом в особой, правда еще невыясненной, но строго причинной связи (“метасифилис”).

Болезнь начинается (по большой части в 35—50 лет, у мужчин в 2—5 раз чаще, чем у женщин) обыкновенно постепенно, реже внезапно, вслед за припадком, и проявляется рассеянностью (больной сбивается с дороги, путает важные дела), слабостью памяти (неуверенность при счете), забывчивостью, особенно относительно времени (неспособность охватить отношения во времени, указать точно, без противоречий год свадьбы, число лет, прошедших с тех пор, собственный возраст в то время), небрежностью (непонятные упущения по службе), повышенною утомляемостью, недостатками суждения. К этому присоединяется эмоциональная тупость, потеря деликатности, раздражительность, слабодушное колебание настроения, недостаток энергии, внушаемость. При дальнейшем течении ослабление памяти и духовное оскудение быстро прогрессируют. Больные делаются бестолковыми слабоумными, равнодушными, смутно воспринимают окружающее, делают все неправильно, пока, в конце концов, окончательно не потухают у них все душевные движения. Такое развитие болезни может задерживаться благодаря более или менее выраженным улучшениям, которые, впрочем, по большей части длятся лишь несколько месяцев, но иногда продолжаются несколько (2—5) лет.

Со стороны физической, важны прежде всего зрачковые расстройства. Помимо различия в ширине зрачков наблюдается часто на одной или обоих сторонах их рефлекторная неподвижность (наличность реакции на конвергенцию при отсутствии реакции на свет), иногда с миозом, реже полная неподвижность, по большей части с мидриазом; при сохраненной реакции на свет часто отсутствует вторичное сужение при освещении другого зрачка. Большое значение имеют далее расстройства речи и письма. Иногда бывает афазия и аграфия, особенно после припадков. Гораздо более характерными являются обусловленное расстройством координации речевых движений “спотыкание на слогах”, пропуски, удвоения, перестановки, смешения слогов и букв в речи и письме, внезапные запинки, неуверенность, далее смазывание (“смазанная речь”), что обусловливается замедлением и затруднением речевых движений. В письме бросается в глаза неотчетливость, неравномерность и неаккуратность почерка. Заставляя повторять трудные слова (электричество, экстерриториальность, третья конная артиллерийская бригада) можно особенно ясно обнаружить эти расстройства, но гораздо большее значение имеют менее значительные расстройства в обыкновенном беглом разговоре.

“Смазанная речь” соответствует вполне расстройству речи при бульварном параличе и может быть объяснена аналогичными изменениями в нервных ядрах продолговатого мозга, между тем как в основе спотыкания на слогах лежит заболевание выше лежащих отрезков речевого моторного аппарата. Случайно может наблюдаться также скандированная речь, как при множественном склерозе, или логоклония, ритмическое повторение конечных слогов, как это бывает в наиболее выраженном виде при Альцгеймеровской болезни. Движения делаются неуклюжими, неловкими, нескладными; походка неуверенная, больной широко расставляет ноги; при более сложных движениях больной легко сбивается. Язык дрожит, высовывается грубыми толчками; мимика — вялая, иногда констатируются односторонние парезы, опускание одного угла рта, парез века; далее, лишние движения при выполнении требований:

участие всего лица при показывании языка или при разговоре. В ногах констатируется в соответствии с локализацией спинномозговых изменений — спастические явления, повышение пателлярных рефлексов, клонус стопы, иногда (после припадков) также симптом Бабинского (заболевание боковых столбов) или же (случай 29-й) отсутствие пателлярных рефлексов, часто с атаксией, гипотонией, симптомом Romberg'a (заболевание задних столбов). Иногда табес предшествует на много лет развитию паралитических расстройств (“табопаралич”). Болевая чувствительность обычно резко понижена. К концу болезни по большей части развиваются контрактуры в ногах, а позднее и в руках. Паралич мускулатуры пузыря ведет, с одной стороны, к непроизвольному мочеиспусканию, с другой к задержанию мочи с последующим ее истечением по каплям; нередко бывает атония кишек, длительное вздутие живота.

Паралитические припадки (случай 32), которые в одиночку или группами (иногда в течение нескольких дней) наблюдаются в начале, в течение болезни (приблизительно в 60—70% всех случаев), носят по большей части характер корковой эпилепсии (ограниченные подергивания, переходящие с одной двигательной области на другую соответственно расположению корковых центров, сопровождаемые по большей части глубокой потерей сознания). Вместе с тем появляются также приступы головокружения, обмороки, апоплектиформные припадки, преходящие параличи языка или конечности. После припадка часто остаются гемипарезы, расстройство речи и письма (затруднение в подборе слов, ошибки в словах, спотыкания на слогах, “смазанная речь”), которые обыкновенно быстро сглаживаются, так как основу припадка образуют не кровоизлияния или закупорки сосудов, а микроскопические поражения нервной ткани (по-видимому, токсического характера). В последних стадиях болезни появляются расстройства глотания, наклонность к пролежням, ритмическое скрипение зубами, ломкость костей, отэматома, неудержимое падение веса (который в начале болезни часто сильно повышается), и при явлениях ослабления деятельности сердца наступает смерть, если она не наступила еще гораздо раньше вследствие случайной инфекции, глотательной пневмонии или паралитического припадка. Связь паралича с сифилисом, уже давно предполагавшаяся на основании анамнеза, нашла свое подтверждение в нахождении Вассермановской реакции в крови почти во всех случаях прогрессивного паралича без исключения; эта реакция почти всегда резко выражена и в спинномозговой жидкости; кроме того в ней, как правило, удается констатировать нуклеоальбумин (“фаза 1” Nonne). Число клеток в цереброспинальной жидкости более или менее резко увеличено; преимущественно это лимфоциты, а кроме того плазматические клетки и клетки, служащие для удаления продуктов распада (Abraumzellen).

Из клинических форм паралича можно выделить следующие:

А) Дементная форма (случаи 27, 31). При ней констатируется простое умственное оскудение, развивающееся то более медленно, то более быстро, особенно после припадков, с равнодушным, большею частью довольным настроением и ослаблением воли. Временами скудные бредовые образования и бессмысленные действия. По большей части равномерно прогрессирующее, но не очень быстрое течение, без значительных колебаний (много припадков). Самая частая форма.

В) Депрессивная форма (случаи 25, 29). Начало с расстройства настроения тоскливого или тревожного характера; ипохондрические бредовые идеи, часто совершенно бессмысленные (“микромания”; иногда идеи греховности или преследования; иногда состояния сильнейшего страха и возбуждения, попытки на самоубийство. Несколько более быстрое течение; не очень частая форма.

Встречаются также ступорозные состояния с кататоническими (ср. II. 6, Е) явлениями или без них (автоматическая подчиняемость, негативизм, стереотипии).

С. Экспансивная (классическая) форма (случ. 26, 30). Начало с депрессивного или повышенного настроения, раздражительность, беспокойство. Развитие бессмысленного, нелепого, нестойкого и доступного внушению бреда величия (“мегаломания”) с необыкновенными планами, расточительностью и бестолковою деятельностью. Быстрое нарастание, через некоторое время успокоение или постепенное побледнение идей величия при прогрессирующем слабоумии. Сравнительно медленное течение. Возможны далеко идущие и иногда длительные улучшения (случ. 30); припадки довольно редки. К этой форме относится приблизительно у всех случаев.

Иногда наблюдается нерегулярная смена депрессивных и экспансивных состояний (циркулярная форма; случ. 30).

D). Ажитированная форма (случай 28). Начинается часто сразу. Развитие нелепого, спутанного бреда величия с очень сильным все нарастающим возбуждением. Иногда стремительный душевный и телесный распад в течение немногих недель (галопирующий паралич). Редкая форма; часто улучшения.

Иногда в начале паралича наблюдаются даже у не алкоголиков состояния, которые очень похожи на delirium tremens.

Е). Атипические формы. В незначительном числе случаев наблюдаются разного рода более редкие формы паралича: Лиссауеровская, с преобладающим заболеванием задней части мозга и

ясно выраженными очаговыми явлениями, далее случаи, при которых сильнее поражены другие части мозга: мозжечок, зрительный бугор. При совсем единичных случаях “стационарного” паралича течение болезни может затянуться от одного до двух десятилетий с многократными ремиссиями и небольшими ухудшениями.

F). Юношеская форма (случай 33) Паралич может также развиться на почве наследственного сифилиса, обыкновенно в возрасте ю лет. Часто предшествуют разного рода сифилитические расстройства, сыпи,

детские судороги, атрофия зрительного нерва, кератит, заболевания уха, инфантилизм, умеренное слабоумие. Клиническая картина соответствует обыкновенно дементной форме с медленным течением, растягивающимся на многие годы. Нередко наблюдаются необыкновенно многочисленные, кратковременные эпилептиформные припадки без последующих явлений паралича, далее наличность рефлекса Бабинского, с длительной дорсальной флексией большого пальца. Юношеский паралич показывает, что сифилис представляет из себя единственную основную причину страдания и что все другие влияния играют лишь второстепенную роль.

При лечении прогрессивного паралича до сих пор можно отметить до некоторой степени удовлетворительные результаты лишь в смысле борьбы с отдельными болезненными явлениями (постельное содержание, длительные ванны, успокоительные средства при состояниях возбуждения; самая тщательная чистота, частая перемена положения, в случае надобности содержание в ванне — для предохранения от пролежней; промывание пузыря при расстройстве мочеиспускания и т. п.). Результаты антисифилитического лечения сомнительны, иногда даже неблагоприятные. По-видимому, иногда способствует наступлению ремиссий комбинация вливаний сальварсана (каждые 8 дней по 0,3—0,6 до общего количества 4,5) с последующими впрыскиваниями Natrium nucleinicum (каждые 5—6 дней по 0,5—2,0). Рекомендуются также впрыскивания туберкулина.

6. Дизаденоидные заболевания

А. Тиреогенные психозы.

а) Психозы при Базедовой болезни. Обыкновенными сопутствующими явлениями при этом страдании бывают — повышенная эмоциональная возбудимость, живые колебания настроения, неустойчивость и беспокойство, которые присоединяются к соматическим симптомам (мягкая диффузная струма, ускорение пульса, экзофтальм, отставание движения век при взгляде вниз, редкость моргания, слабость конвергенции, дрожание, мускульная слабость, легкое покраснение, потение, поносы). Совершенно в виде исключения наблюдаются делирантные состояния со страхом и возбуждением, которые должны быть поставлены в связь, как и отмеченные выше расстройства, с отравлением секретом щитовидной железы. Не очень редко бывает, по-видимому, комбинация с маньякально-депрессивными заболеваниями, еще чаще наличность истерических явлений. Прогноз в выраженных случаях сомнителен; приблизительно четвертая часть больных погибает большею частью от паралича сердца. Лечение молоком коз, лишенных щитовидной железы (“родаген”), повидимому, приносит мало пользы; несколько действительнее, пожалуй, сыворотка баранов, у которых вырезана щитовидная железа (“анти-тиреоидин”). В более тяжелых случаях рекомендуется частичное удаление щитовидной железы; в других случаях ограничиваются ледяными обертываниями шеи, постельным содержанием, обильным молочным питанием, применением бромистых солей, ваннами.

Более частые, медленно протекающие и сравнительно безобидные формы обозначаются Stern'OM, как “базедовоид” и отграничиваются от настоящей Базедовой болезни.

в) Микседема. Утрата всех функций щитовидной железы вследствие ее заболевания (атрофия), разрушения или оперативного удаления влечет за собою у взрослого кроме тестообразного “микседематозного” утолщения кожи и слизистых оболочек (уменьшение выделения пота и слез, запоры, расстройства питания волос, ногтей, зубов), затруднение понимания и мышления, ослабление способности запоминания и памяти, равнодушие и безволие, иногда также состояние депрессии. Иногда наблюдаются эпилептиформные судороги или припадки тетании. Безошибочным, быстро и блестяще действующим лечебным средством является тиреоидин (по 0,1 ежедневно 1—3 раза).

с) Кретинизм (случ. 75). Разрушение или перерождение щитовидной железы у ребенка влечет за собою кроме явлений мекседемы тяжелые расстройства роста, карликовый рост, запоздалое окостенение, неправильность основания черепа (запавшее основание носа) с расширением черепной коробки, искривление позвоночника, укорочение и утолщение пальцев, выпячивание живота с пупочной грыжей, замедление или отсутствие полового развития, замедление обмена веществ. Эта картина болезни может обусловливаться единичными заболеваниями щитовидной железы (инфекционными болезнями, сифилисом, туберкуле-

302

зом) — спорадический кретинизм, но гораздо чаще наблюдается эндемический в Альпах (Wallis, Karnten, Steiermark), в Оденваль-де, в Нижней Франконии во всевозможных степенях развития (также и у животных), по-видимому, в связи с питьевой водой (возможно, что возбудителем болезни является микроорганизм), обыкновенно с развитием зоба. Психическое состояние обнаруживает психическую тугоподвижность с добродушием, которая может представлять все степени от самого глубокого слабоумия до самого легкого, граничащего с душевным здоровьем. Улучшение условий жизни, особенно доставление хорошей питьевой воды, повело всюду к постепенному уменьшению эндемического кретинизма. В отдельных случаях ранним длительным применением вещества щитовидной железы (тиреоидин) достигались замечательные результаты.

В. Расстройства вследствие заболеваний других желез внутренней секреции (случай 74). Железы внутренней секреции имеют большое значение для психического и физического развития, ясно из тех расстройств,

которые причиняет их заболевание. В области психики дело идет по большей части об известной незре-лости, о легкой, реже тяжелой степени слабоумия, детскости эмоциональной жизни, слабости воли; что же касается соматических симптомов болезни, то они различны в зависимости от характера пораженной железы. Так как отдельные железы кроме того состоят из различных составных частей, которые могут заболевать самостоятельно, то получаются весьма разнообразные, сложные, допускающие различное толкование клинические картины. Их психиатрическое значение, вследствие редкости и слабого развития психических расстройств, сравнительно не велико.
Разрастание передней дольки гипофиза влечет за собою гигантский рост, атрофия ее — карликовый рост, поражение задней дольки — тучность с нарушением полового развития (dystrophia adiposo-genitalis). Разрушение шишковидной железы причиняет, по-видимому, ускоренный рост, тучность и раннее половое созревание; подобным же образом действует чрезмерное развитие коры надпочечников, между тем как ее атрофия ведет, по-видимому, к задержке роста и состояниям психической слабости.
Поражение половых желез может сопровождаться гигантским ростом или тучностью, быть может в зависимости от участия различных составных частей железы. Наконец, от преждевременной атрофии вилочковой железы ставится в зависимость слабоумие с карликовым ростом и большою ломкостью костей.
303
II. Психозы вследствие внутренних болезненных процессов в организме
I. Эндогенные мозговые заболевания
Мозговые опухоли могут вызывать душевное расстройство во-первых путем повышения внутричерепного давления, а затем вследствие разрушения ткани коры. В общем наблюдаются следующие явления: психическая тугоподвижнось, забывчивость, бедность мысли, эмоциональная тупость то с подавленным, то с веселым настроением (опухоли лобных долей), безволие, позднее — недостаток осмышления, дезориентировка, иногда обманы чувств, ложные воспоминания, скудные бредовые образования, состояния возбуждения или ступор.
Затем, в зависимости от местонахождения опухоли наблюдаются нервные явления раздражения или выпадения, к которым могут еще присоединяться психогенные расстройства, осложняющие картину болезни. В тех случаях, когда локализация опухоли может быть точно определена, возможна попытка оперативного ее удаления, однако надежды на успех по большей части бывают не блестящи, принимая во внимание злокачественность заболевания, нерезкость границ опухоли и опасность самого вмешательства.
Редкое заболевание мозга с характером опухоли представляет туберозный склероз (превращение более или менее многочисленных мозговых извилин в разращения глии с гибелью нервной ткани и скоплением разной формы “больших” нервных и глиоз-ных клеток, далее глиозные опухоли желудочков мозга). Туберозный склероз часто сопровождается маленькими кожными опухолями, именно adenoma sebaceum, далее опухолями в почках и сердце. Клинически он представляет картину постепенно нарастающего слабоумия с судорожными припадками. Аналогичные расстройства наблюдаются при “мегаленцефалии” — диффузном разрастании глии с задержками развития и гибелью мозговой ткани при сильном увеличении веса мозга.
Следовало бы еще отметить группу еще менее выясненных, более ограниченных, быть может связанных с изменениями сосудов, мозговых заболеваний, которые мы объединяем под названием “лобарного склероза” (гибель нервной ткани с последующим разрастанием глии в более ограниченных участках мозга). Они также обусловливают прогрессирующее слабоумие со сменой явлений раздражения и выпадения, по-видимому преимущественно в детском возрасте.
2. Семейные мозговые заболевания.
В маленькой группе довольно редких заболеваний особое причинное значение предрасположения обнаруживается определенно выраженной посемейностью их возникновения. Эта область сильно суживается, если строго исключать всякую возможность сифилитического происхождения. Классическим примером является хорея Huntington'a, которую иногда можно бывает проследить в целом ряду поколений. Дело идет о незаметно начинающемся в среднем возрасте, медленно прогрессирующем, неизлечимом сла-боумии с хорееподобными подергиваниями, в основе которого лежит хроническое заболевание клеток коры и полосатого тела, ведущее к их гибели. Равным образом сюда принадлежит амауро-тическая идиотия, поражающая нескольких братьев и сестер одного за другим в первые годы жизни, особенно в польско-еврейских семьях, и через несколько лет ведущая к смерти. Быстро развивающееся, глубокое слабоумие сопровождается слепотой (бледный диск с вишнево-красным пятном в области macula), параличем и атрофией мышц, контрактурами, судорогами. В основе лежит общее своеобразное заболевание нервных клеток (вздутие, веретенообразное расширение отростков, отложение продуктов распада). Аналогичный болезненный процесс, но медленнее протекающий и не ведущий к смерти, наблюдается и у детей старшего возраста (юношеская форма амавротической идиотии). Наконец, следует упомянуть еще также фамильную форму: “aplasia axialis extracorti-calis congenita” — в детстве наступающее, медленно развивающееся умеренное слабоумие со спастическими явлениями, при котором удается доказать наличность распространенного исчезания миэли-новых оболочек в большом мозгу и мозжечке.
3. Артериосклеротические душевные расстройства
Обслуживающие мозг кровеносные сосуды могут быть изменены болезненным процессом, который мы называем артериоск-леротическим. Развитию артериосклероза благоприятствуют длительные душевные напряжения, сифилис и определенные яды, вводимые извне (алкоголь, табак, свинец) или же развивающиеся

на почве обмена веществ (адреналин). Происходит прежде всего поражение стенки сосуда, которое ведет к расщеплению эластической мембраны и к утолщению стенки путем процесса, связанного с разрастанием соединительной ткани; этот процесс ведет к распаду, к образованию язв, гиалиновому перерождению и обизвествлению. Вследствие этого получается, во-первых, сужение просвета сосуда до его полной закупорки, а затем хруп-
304
305
кость оболочки, образование аневризм и кровоизлияний в окружающую ткань. Последствием является недостаточное питание соответствующих областей, медленное их расплавление или размягчение и, при известных обстоятельствах, разрушение излившееся кровью. Распространение артериосклеротических изменений может быть весьма различным, касаться больше то тех, то других сосудистых областей, занимать более или менее обширное пространство. Отсюда происходит большое разнообразие клинических картин болезни, общей особенностью которых является одновременное развитие психического упадка и очаговых явлений; они делаются еще многообразнее благодаря тому, что к ним присоединяются довольно часто старческие, алкогольные, сифилитические патологические симптомы, а также последствия артериосклеротических заболеваний других органов (почек, сердца). Обозначение и отграничение отдельных болезненных форм является поэтому довольно произвольным.

А. Артериосклеротические состояния психической слабости. Постепенно развивающаяся на 6 или 7 десятке жизни, реже раньше, недостаточность питания коры выражается прежде всего затруднением усвоения восприятий, ослаблением умственной подвижности, повышенной утомляемостью, рассеянностью, забывчивостью (имена, числа), ослаблением памяти, дезориентировкой, сужением круга идей, затруднением в подборе слов; при этом имеется выраженное ощущение собственной болезни, которое может принять ипохондрическую форму; слабодушие, часто в форме судорожного смеха или плача по всякому поводу, малодушие, нередко недовольство жизнью, потеря работоспособности, потребность в покое, отсутствие планомерности в действиях.

Со стороны физической наблюдаются — вялость черт лица и всей фигуры, гемипарезы или контрактуры, неравномерность пателлярных рефлексов, расстройства ощущений и ложные ощущения, неуверенность походки, речи и письма, припадки, головокружения, обмороки, наконец, инсульт (внезапная потеря сознания с предвестниками или без них; после прихода в себя односторонний паралич, сначала вялый, позднее спастический; в некоторых случаях асимболические, афазические, апрактиче-ские, гемианопсические расстройства; медленное восстановление функций, по большей части неполное). К этому присоединяются общие признаки артериосклероза: извитость и жесткость доступных ощупыванию сосудов, повышение кровяного давления, расширение сердца, твердый, неравномерный, с перебоями пульс, сильное учащение пульса после небольших
напряжений; часто белок в моче. После припадков, которые могут повторяться более или менее часто, во многих случаях в слабой форме, обнаруживается по большей части нарастание умственной слабости, которая в конце концов может достигнуть высокой степени. Вследствие очагового распространения болезненного процесса по большей части удается установить, что наряду с резкими явлениями выпадения, отдельные способности остаются сохраненными сравнительно долго. Часто бывают выражены депрессивные идеи; иногда дело доходит до состояний возбуждения со спутанностью и страхом, в некоторых случаях с быстрым физическим и психическим распадом.

Субстрат страдания образуют сначала быть может лишь более легкие расстройства питания вследствие недостаточности снабжения кровью, а затем также расплавление нервной ткани при медленной закупорке мелких сосудов коры, далее рассеянные мелкие и более крупные очаги размягчения и кровоизлияния. Распространенное заболевание длинных сосудов белого вещества (хронический субкортикальный энцефалит) служит причиной гибели многочисленных проводящих путей и вместе с тем разнообразных очаговых явлений при наличности глубокого слабоумия.

Некоторые, развивающиеся на 5 — 7 десятке жизни, формы поздней эпилепсии (“epilepsia tarda”), вероятно также находятся в причинной зависимости от артериосклероза; алкоголизм при этом, по-видимому, является важным благоприятствующим моментом.

В. Апоплектическое слабоумие (случ. 34) Если удар, как это часто бывает, обусловливается кровоизлиянием во внутренней капсуле, то общее поражение душевной жизни может сначала оставаться незначительным, пока не будет сильнее вовлечено в страдание кровообращения в коре. Поэтому часто наблюдается, что после исчезновения первых бурных явлений (потери сознания, спутанности, возбуждения) удар оставляет после себя сравнительно незначительные психические расстройства, хотя выраженная гемиплегия продолжает долго существовать. Это “апоплектическое слабоумие” характеризуется забывчивостью, умеренным ослаблением памяти, утомляемостью, капризностью, внушаемостью в эмоциональной и особенно волевой сфере; оно может оставаться неизменным в течение многих лет, если новые очаги (наступление афазических расстройств, словесной глухоты, асимболии) или распространение поражения на мелкие сосуды коры,— не повлекут за собой прогрессирующего ухудшения психического состояния.
306
307
Поскольку известны причины артериосклероза, приходится думать о профилактических мерах (воздержание

от алкоголя и табака, своевременное, энергичное лечение сифилиса, спокойная, регулярная жизнь, простая диета, физический труд). Развившееся страдание мало поддается лечению (покой; пожалуй diuretin три раза в день 1,0, всегда в течение нескольких дней; небольшие дозы иода, 0,5—0,3 в день; нитроглицерин; углекислые ванны).

4. Пресенильные душевные расстройства

Что возраст обратного развития благоприятствует возникновению душевных расстройств, доказывается частным возникновением в этом возрасте меланхолических приступов, относящихся к маниакально-депрессивному психозу (ср. ниже I, i). Некоторые наблюдения говорят далее за то, что существуют, хотя и в небольшом числе, психозы, особенно свойственные этому возрасту; к сожалению, точная характеристика отдельных форм этих психозов в настоящее время еще не возможна. Первую группу составляют быстро развивающиеся, чрезвычайно тяжелые состояния импульсивного возбуждения со страхом, с причудливыми бредовыми образованиями; на эти состояния не оказывают влияния ни психическое воздействие, ни лекарства или другие врачебные мероприятия и, как правило, быстро наступает смертельный исход: патолого-анатомиче-ское исследование обнаруживает тяжелые и распространенные микроскопические разрушения нервной ткани.

Затем, наблюдаются разнообразные клинические картины, при которых обнаруживаются кататонические симптомы (автоматическая подчиняемость, однообразные словесные выражения и движения, разорванность психики, недоступность, бессмысленное противодействие, напряженная связанность, доходящая до ступора), затем то более депрессивная, то более экспансивная окраска настроения и обычно появляющихся здесь бредовых идей. Эта, конечно, еще сборная группа, наверно лишь частью принадлежит к раннему слабоумию (сравн. ниже 6) — “поздние кататонии”. Различные, особенно анатомические данные, говорят за то что наряду с этим существуют еще другие, пока невыясненные заболевания. То же самое следует сказать относительно параноидных психозов, весьма частых в возрасте обратного развития. Хотя многие из них должны быть рассматриваемы как проявления раннего слабоумия, как параноидные деменции, однако такое толкование не может быть обобщено на все случаи.

308

Своеобразное параноидное заболевание в возрасте обратного развития (у женщин) представляет, по-видимому, довольно редкий “пресенильный бред ущерба” с характерно-расплывчатыми, неустойчивыми, выростающими из недоверчиво-боязливого настроения, поддающимися внушению идеями преследования или ревности, которые проявляются в течение ряда лет, не будучи окончательно коррегированы, но и не подвергаясь дальнейшему развитию. Дело не доходит ни до развития расстройств воли, ни до слабоумия; занятие трудом и отвлечение оказывают благоприятное действие.

5. Старческие душевные расстройства.

А. Старческое слабоумие. Психические изменения, происходящие уже в обычных условиях здоровья в старческом возрасте, могут приблизительно с конца 7-го десятка приобрести болезненный характер. Наряду с затруднением усвоения восприятий, которое сказывается в медленном течении процесса восприятия и быстром его побледнении, а также в недостаточном понимании сложных впечатлений, на первый план выступают расстройства памяти и способности запоминания, которые могут вести к дезориентировке относительно лиц, окружающего и жизненного положения, а также часто к псевдореминисценциям. Далее, обнаруживается оскудение запаса идей, ослабление способности воображения, неспособность к творческой работе мысли, наклонность застывать в привычном круге представлений, недоступность для новых познаний и идей, неподвижность психической жизни. Этим изменениям соответствует в области эмоций и воли безучастность, сужение интересов, эгоизм (страсть к наслаждениям, скупость), раздражительность, капризность; настроение то ворчливо-плаксивое, то нелепо-веселое; далее упрямство и нетерпимость, с одной стороны, слабость воли и подчиняемость, с другой. На этом фоне развиваются нередко состояния депрессии с преобладанием ипохондрических бредовых представлений, а также с причудливыми идеями преследования, реже величия, затем состояние возбуждения, особенно в форме делириозной спутанности. Особенно часто ночное беспокойство с бесцельным блужданием по дому, после чего днем следует утомление и сонливость.

Из физических признаков старости следует отметить дрожание, мускульную слабость, дряхлость, походку маленькими шажками, ослабление реакции зрачков, помутнение хрусталика, притупление слуха, потерю зубов, ломкость костей. Весьма часто присоединяются еще явления более или менее сильно выражен-

309

ного артериосклероза; приступы головокружения и обмороки, ге-мипарезы, асимболические, парафазичские, апрактические расстройства, персеверации. Чем сильнее выражены эти артери-осклеротические осложнения, тем раньше может развиться картина старческого слабоумия (случай 36).

В. Под названием пресбиофрении (случай 35) объединяются заболевания преклонного возраста, которые представляют в наиболее чистом виде характерные старческие черты; прежде всего почти полную потерю способности запоминания и резкое расстройство памяти при сносно сохранившейся способности пони-мания. Из этого развивается у общительных и доступных больных, которые еще до некоторой степени обладают необходимыми для повседневной жизни знаниями, — поразительная дезориентировка в окружающем, в их положении, а также в событиях собственной жизни и самых важных переживаний из их прошлого. Пробелы памяти заполняются при побуждении подходящими псевдореминисценциями.

Неспособности уловить грубые противоречия в данных чувственного опыта и в определении времени часто не соответствует правильность в пользовании более общими понятиями. Настроение по большей части веселое, несмотря на существующее до известной степени сознание собственной болезни; поступки и влечения в общем корректны и целесообразны, хотя, впрочем, ошибочная ориентировка и ночное беспокойство могут привести больных к разного рода неправильным действиям. Признаки выраженного артериосклеретического заболевания обыкновенно отсутствуют как в клинической картине, так и анатомических данных. Зато констатируется распространенная гибель нервных клеток (жировое перерождение, остатки утолщенных и омертвевших фибриллей) и мякотных волокон, а также мелковолокнистое разрастание глии с явлениями обратного развития, далее рассеянные отложения продуктов распада в виде друз, которые заключены в сеть глиозных волоконец. Где имеется заболевание сосудов, дело идет о медленной закупорке мелких артерий коры с последующим сморщиванием клиновидных участков ткани ("старческое запустение коры").

К старческим заболеваниям должна быть отнесена довольно редкая болезнь Alzheimer'a, хотя она развивается часто уже на шестом или даже к концу пятого десятка жизни. При этом дело идет о постепенном развитии крайне глубокого слабоумия при сравнительно хорошей сохранности эмоциональной возбудимости; болезнь сопровождается сильными контрактурами, особенно в ногах, резким расстройством речи в форме логоклонического набора слогов, а также часто отдельными эпилептиформными при-

310

падками. Смерть наступает после долголетнего течения болезни обычно от случайных заболеваний; анатомически констатируются распространенные, очень тяжлеые изменения нервных клеток, весьма многочисленные друзы и обильное разрастание глии.

С. Старческий бред преследования. Бред при еще не очень далеко зашедшем старческом слабоумии принимает иногда параноидные формы. На почве иллюзорных, часто также галлюцинаторных ложных восприятий, развиваются идеи преследования, по большей части скудного содержания, иногда наряду с этим также отдельные идеи величия; бредовые идеи могут держаться долгое время, но при перемене обстановки часто быстро пропадают. Настроение то раздражительное, то повышенное; бред может повлечь за собой болезненные поступки (защитительные мероприятия, нападения, приступы ярости). Старческие изменения выражаются при этом в расстройствах запоминания, слабости памяти, ложных воспоминаниях, неясной ориентировке, бедности мысли, упрямстве, бесцельности и бессмысленности поступков.

Лечение старческих психозов естественным образом ограничивается наблюдением и уходом, в случае надобности воздействием на отдельные болезненные симптомы (беспокойство, страх, слабость сердца, бессонница).

6. Dementia praecox Schizophrenia (случ. 10—18)

Большинство неизлечимых больных, скопляющихся в психиатрических больницах, принадлежит к преждевременному слабоумию, клиническая картина которого характеризуется прежде всего более или менее далеко идущим распадом психической личности с преобладающими расстройствами чувства и воли. При хорошей сохранности способности понимания и рассудительности обыкновенно появляются, чаще всего на третьем десятке жизни, галлюцинации, особенно слуха, а затем осязания, а также и других чувств. На почве галлюцинаций развиваются бредовые представления по преимуществу неприятного или ипохондрического, а позднее также доставляющего удовольствие содержания; реже бывают идеи греховности. Иногда обнаруживаются псевдореминисценции. Ход мыслей вначале может оставаться ненарушенным, но в дальнейшем делается часто нестойким, разорванным, иногда до полной бессвязности. Обыкновенно вскоре весьма заметным делается ослабление эмоционального тонуса, тупое безучастие, равнодушие к близким, к окружающему, к собственной судьбе, потеря психической подвижности, невнимательность, отсутствие желаний, надежд, опасений; вместе с тем могут обнаруживаться взрывы гневной

311

раздражительности или нелепой веселости, по большей части без понятного повода. Отсутствуют само собою разумеющиеся повседневные реакции (поднятие взора при обращении к больному, пожатие протянутой руки, ответ на приветствие, уклонение или самозащита при угрозах); вместо этого в поступках преобладают влечения, которые отчасти ведут происхождение от атавистических механизмов. Сюда относится автоматическая подчиняемость, безвольное подчинение внешним влияниям, длительное сохранение вынужденной позы (восковая гибкость, flexibilitas cerea), повторение сказанных слов (эхолалия), подражание движениям (эхопраксия), повторное высовывание языка, несмотря на угрозу булавкой. Особенно важен негативизм, импульсивное бессмысленное сопротивление всякому воздействию (неисполнение требований или выполнение противоположного, недоступность при обращении, упорное напряжение мышц при попытке пассивных движений, мутизм, отказ от пищи, задержка мочи и кала). Также и очень частая, развивающаяся нередко с юных лет, наклонность к уединению (отгораживанию от окружающего), замкнутость больных, уклонение от половых сношений (по большей части в связи с онанизмом), враждебное отношение к ближайшим родственникам — могут быть, по всей вероятности, рассматриваемы, как формы проявления негативизма. Дальнейшими более или менее выраженными расстройствами поведения являются: стереотипия — однообразное, иногда непрестанное повторение одних и тех же бессмысленных действий (положений, движений, оборотов речи, слов); манерность — бесцельная

вычурность и извращение простых действий (подачи руки, еды, походки, речи, одевания) влоть до полного уклонения от цели (лишенные гибкости, жеманные движения, гримасы, хождение на краю стопы, на цыпочках, подпрыгивание, еда пальцами, другим концом ложки, с длинными паузами, визг, хрюканье, голос фистулой, беспричинный смех). Наконец, в цепь волевых движений часто врываются еще внезапные, бессмысленные влечения различного рода, которые немедленно превращаются в действия. Благодаря всем этим факторам, которые мешают последовательности поступков, отвлекая от цели и путая их ход, все волевые проявления получают отпечаток чего-то нескладного, непонятного, нелепого, странного, "дурачливого". В особенности часто приобретают такую окраску словесные и письменные продукции больных (отсутствие последовательности и связности, искажение слов, новообразования слов). В этом мы видим ослабление внутренней связи душевных процессов ("интрапсихическая атаксия"), чему соответствует название

312

Schizophrenia. Это нарушение связи часто доходит до сознания самого больного как чувство внутренней несвободы, зависимости от чужих влияний, и тогда по большей части истолковывается больным как преследования посредством телепатических или гипнотических влияний.

Из физических симптомов болезни, которые более или менее постоянно наблюдаются при dementia praecox, следует упомянуть прежде всего частое отсутствие "игры зрачков" — постоянных мелких колебаний ширины зрачков, констатируемых лишь при помощи лупы, а также в связи с этим отсутствие психической реакции зрачков: расширения при страхе и при умственной деятельности. Механическая возбудимость мускулов и нервов часто бывает повышенной (идиомускулярные валики, лицевой феномен); сухожильные рефлексы часто повышены. В вазомоторной области наблюдаются дерматография, отсутствие плетизмографической реакции при термических и болевых раздражениях и особенно цианоз рук и ног; иногда бывает сильное слюнотечение. У 15—20% больных наблюдаются отдельные припадки, большей частью в форме обмороков или эпилептиформ-ных судорог.

Из упомянутых и некоторых других симптомов составляется ряд переходящих одна в другую клинических картин болезней, которые на первый взгляд кажутся мало похожими одна на другую. Здесь мы выделим лишь некоторые из наиболее важных форм.

A. При dementia simplex совершенно постепенно появляется во время периода созревания или вскоре после него недостаточность душевных способностей, которые до того были удовлетворительны или даже довольно хороши, и вместе с тем развивается медленное изменение всей духовной личности, рассеянность, бедность мысли, непонимание, расщепление психики, затем равнодушие к порицанию и воспитательным воздействиям, упорная замкнутость, отчужденность от семьи, отсутствие целесообразности и недостаток выдержки в работе и повседневной жизни. При этом планы на будущее, первоначально быть может широкие, все более суживаются и направляются на совершенно скромные жизненные цели, но даже и они не всегда достигаются. Значительная часть сбившихся с пути по непонятной на первый взгляд причине принадлежит к этой группе.

B. Слабоумие, сопровождаемое дурачливостью (гебефрения). По большей части постепенно, гораздо реже быстрым темпом (с расстройством настроения, галлюцинациями, бредом, возбуждением), развивается прогрессирующее расстройство с характером

313

расщепления в сфере мыслей, чувств и действий (случай 16). Больные оказываются несостоятельными при самых простых задачах, ведут однообразные, бессмысленные, изменчивые и не относящиеся к делу разговоры, сочиняют письма в нелепо-шутовском стиле, смеются и плачут без достаточного повода, делаются внезапно раздражительными и совершают различного рода действия — странные непонятные, ребяческие и иногда очень опасные; к этому присоединяется манерность в поведении, способе выражений и одежде. Временами обнаруживаются бессмысленные ипохондрические страхи, идеи преследования и величия. Дальнейшее течение в большинстве случаев ведет к глубокому слабоумию, иногда с полной тупостью, иногда с нелепой спутанностью (случ. 17).

C. Депрессивное и ступорозное слабоумие. Болезнь начинается расстройством настроения с тоской или страхом, которое развивается по большей части постепенно, реже остро и в некоторых случаях принимает форму ступора с мутизмом и неподвижностью (случ. 11, 16).

Обыкновенно бросается в глаза отсутствие глубокого аффекта, несмотря на внешние признаки депрессии; далее малая доступность к вопросам и обращениям. Весьма часто наблюдаются слуховые галлюцинации ("голоса", "звучание собственных мыслей") по большей части неприятного содержания, иногда также галлюцинации других органов чувств, неприятные сексуальные ощущения, ощущение электрического воздействия. Прежде всего, однако, выступают почти всегда бредовые представления то скудного, то очень причудливого содержания, ипохондрические идеи, идеи греховности, преследования, часто также величия. Особенно характерным следует считать бред постороннего влияния на мысли и волю. Довольно часто на почве бредовых представлений развиваются весьма опасные действия, попытки на самоубийство, сериозные нападения, поджоги. Упадок воли обнаруживается в полной потере энергии, и в то же время иногда наблюдаются бессмысленные импульсивные действия; словом автоматическая подчиняемость, негативизм, стереотипия, манерность, придают свою своеобразную окраску картине болезни. С развитием болезни, в течение которой иногда наблюдаются более или менее длительные ремиссии, расстройства настроения, бредовые образования и ясно заметные расстройства воли могут исчезнуть, так что остается простое сла-

боумие (некоторые нищие и бродяги); однако чаще сохраняются и в развившемся состоянии душевного оскудения разного рода остатки прежних расстройств.
314
D. Ажитированные и циркулярные формы (случай 15). Болезнь начинается, как правило, остро, часто совершенно внезапно. Развиваются разного рода обманы чувств и причудливые бредовые образования, преимущественно идеи величия, а также и преследования. Вместе с тем наблюдается более или менее сильное возбуждение, которое проявляется преимущественно в импульсивных, бессмысленных, часто стереотипных и манерных движениях; к ним приплетаются отдельные более связные действия, частью вытекающие из бредовых представлений, частью совершенно непонятные. Сознание может быть в начале несколько затемнено, но в дальнейшем оказывается замечательно мало расстроенным, несмотря на разорванность речи и бессмысленность волевых проявлений, которые часто самими больными толкуются как насильственные. Настроение бывает преимущественно повышенное или раздражительное, однако без сколько-нибудь глубокого участия эмоций. Нередко приступу возбуждения предшествует или идет ему на смену состояние депрессии описанного выше (под литерой С) характера, так что получается известное сходство с циркулярным течением маниакально-депрессивного помешательства (см. ниже IV, I). Возбуждение вследствие своей импульсивной, упорной напряженности может привести к смерти путем истощения или вследствие инфекции. Сравнительно часто, впрочем, наступают далеко идущие и длительные улучшения, по большей части с последующим рецидивом болезни, которая затем, иногда после несколько раз повторяющихся улучшений, заканчивается слабоумием, простым или же окрашенным разного рода остатками возбуждения или депрессии.
Сюда принадлежат также отдельные случаи с кратковременными, иногда весьма равномерно повторяющимися импульсивными возбуждениями со спутанностью, в промежутках между которыми больные представляют умеренное слабоумие без критического отношения к болезни и без умственной и эмоциональной живости.
E. Кататония {психоз с напряжением мускулатуры). Под этим названием мы объединяем группу случаев, при которых состояния возбуждения вышеописанного характера соединяются с негативистическим (“кататоническим”) ступором (случ. 13, 14) Болезнь начинается то возбуждением, которое может появиться совершенно внезапно, то расстройством настроения, которое сопровождается слуховыми и зрительными галлюцинациями, ипохондрическими идеями, бредом греховности или преследования, эпизодически также и идеями величия. В дальнейшем
315
развивается ступор с мутизмом, недоступностью (больной закрывает глаза, лицо, прячется под одеяло, под кровать), полным отсутствием реакции на окружающее, длительным сохранением одной и той же позы, упорным противодействием всякой перемене положения тела (отсюда название “психоз с напряжением мускулатуры”), по большей части без защиты от болезненных воздействий. Далее наблюдается, что голова при пассивном ее движении отталкивается в направлении противоположном давлению, больные отказываются от пищи (еда тайком, отказ от своей пищи, насильственное присвоение и жадное пожирание чужой), задерживают мочу и кал, упорно отказываются от пользования ночной посудой. Иногда негативизм сменяется автоматической, подчиняемостью (восковая гибкость, иногда также эхолалия или эхопраксия). Ступор, который может длиться недели, месяцы даже годы и представлять отдаленное сходство с состоянием сна, временами прерывается внезапными, бессмысленными, импульсивными действиями, производимыми часто молниеносной с большой силой, прыганьем, разрушением, однообразным криком, пением. При этом в высшей степени своеобразном состоянии сознание больного бывает сравнительно ясным, ориентировка по большей части довольно полная. Воспоминание также обыкновенно остается хорошо сохраненным помимо некоторых пробелов и ложных воспоминаний, но совершенно отсутствует понимание странности своего поведения, относительно которой больные или не могут вовсе дать объяснений, или дают совершенно недостаточные. Настроение в начале бывает часто тревожным (“melancholia attonita”), в дальнейшем равнодушным, со случайными приступами плаксивости или нелепой веселости. Ступор и возбуждение могут часто переходить один в другое и иногда сменяться совершенно непосредственно. Течение болезни часто (приблизительно в 1/3 случаев) прерывается состояниями улучшения (один или несколько раз), похожими на выздоровление, а затем болезнь снова возвращается в той или иной форме. В неизлечимых исходных состояниях сохраняются еще по большей части остатки острого состояния, манерность с возбуждением или негативизмом.
F. Параноидные формы (dementia paranoides). У довольно значительного числа больных бредовые образования и обманы чувств особенно сильно выступают на первый план сравнительно с расстройствами воли; это наблюдается, по-видимому, преимущественно у больных среднего и пожилого возраста (случ.18). Развитие болезни совершается чаще всего постепенно, нередко у
316
людей, которые уже с юности представляли разного рода странности или недочеты со стороны воли, а также в тюремном заключении. В связи с возбуждающими подозрение больных наблюдениями и догадками создается постепенно причудливый бред преследования, который развивается благодаря галлюцинациям, особенно слуховым (повторение мыслей, передача мыслей), иногда также благодаря псевдореминисценциям. Очень часто бывает бред телесного воздействия (электрического, гипнотического,

особенно также полового), к которому присоединяются бессмысленные ипохондрические идеи и чувство внутренней несвободы. В дальнейшем развиваются нередко также ничем несдерживаемые идеи величия. Сознание и ориентировка больных остаются ясными даже и тогда, когда их речь постепенно становится все более непонятной благодаря бредовому содержанию, особенно же вследствие разорванности хода мыслей и странности способа выражений. Настроение то раздражительное, то повышенное, но часто также удивительно безучастное. На действиях и поведении больных отражается прежде всего влияние бредовых представлений (нападения, самоизувечения, защитные мероприятия, святотатство, надоедание высокопоставленным лицам), но вместе с тем наблюдаются еще разного рода импульсивные действия; далее в самой разнообразной форме черты негативизма и автоматической подчиняе-мости, манерности, стереотипии. В дальнейшем течении могут сильнее развиться бессвязность, а также сопутствующие волевые расстройства, между чем как бредовые идеи делаются более скудными или даже совсем отступают на задний план, так что получается такое же состояние слабоумия, как и при выше описанных формах. Но также часто, особенно у более пожилых больных, при продолжающемся бреде или также галлюцинациях, устанавливается простое "параноидное" или галлюцинаторное слабоумие, при котором наблюдаются лишь намеки на расстройства со стороны воли (странности в поведении и способе выражений, необщительность, нелепые привычки).

Прогноз при преждевременном слабоумии нужно считать в общем неблагоприятным. Преобладающее большинство выраженных случаев болезни оканчивается слабоумием, часто в высокой степени (больные нуждаются в длительном пребывании в больнице). Неизвестно, бывают ли полные выздоровления в случаях с бесспорным диагнозом, но нельзя оспаривать возможности улучшений, похожих на выздоровление, несомненно наблюдавшихся и длившихся больше десятилетия (случай 12). Нередко также степень изменения, причиняемого болезнью, остается

317

умеренной (отсутствие ясного сознания болезни, притупление интересов, ослабление влечения к труду, недостаток энергии и стремлений, замкнутость, тихий подавленный характер, недоступность влияниям, связанность, намеки на автоматическую подчиняемость, небольшие странности в поведении). Некоторые более легкие болезненные симптомы, которые остаются при улучшениях преждевременного слабоумия, мы наблюдаем как индивидуальные особенности уже задолго до начала болезни, далее у родственников больных, а также у других лиц, которые никогда не представляют более тяжелых расстройств ("лятент-ная шизофрения"). Иногда dementia praecox развивается на почве слабоумия, существующего с юных лет ("прибавочная гебефрения"). Там, где последнее носит шизофренические черты, возможно предположить наличность внутренней связи между первоначальным и позднейшим заболеванием, которое является лишь ухудшением первого.

Больные с тяжелым слабоумием, являющимся следствием dementiae praecocis, переполняют психиатрические больницы; происхождение этого слабоумия может быть распознано вследствие причудливости его форм, вследствие примеси расстройств, характерных для болезненного процесса (вздорное, нелепое, тупое, негативистическое, манерное слабоумие).

При dementia praecox жизнь подвергается опасности прежде всего благодаря производимым часто с большой настойчивостью, не взирая ни на что, самоизувечениям и попыткам на самоубийство, далее благодаря длительному отказу от пищи, благодаря истощению и инфекциям во время состояний возбуждения; иногда же бывают случаи внезапной смерти с явлениями раздражения мозга или без этого, которые, по-видимому, вызываются непосредственно самим болезненным процессом. Анатомическое исследование обнаруживает распространенные микроскопические заболевания клеток коры (склеротические формы), которые часто ведут к их гибели (скопление продуктов-распада, уничтожение клеток); волокна также, видимо, значительно поражаются. В глие констатируются процессы разрастания и обратного развития, между тем как сосуды, по-видимому, не подвергаются изменениям.

Редкую, в высшей степени замечательную, форму исхода болезни представляет речевая спутанность: при сравнительно хорошей сохранности рассудительности и правильности мышления и действий наблюдается в высокой степени спутанная речь, богато уснащенная новообразованными словами и всякого рода уклонениями.

318

Так как причины dementiae praecocis пока совершенно неясны действительная терапия болезни в настоящее время еще невозможна. Лечение должно ограничиваться воздействием на отдельные симптомы (при острых расстройствах — надзор, постельное содержание, тщательный уход; при отказе от пищи — терпеливое преодоление сопротивления, в случае надобности кормление зондом; при возбуждении — длительные ванны, успокоительные средства; в тяжелых случаях двухчасовые регулярно повторяемые влажные обертывания, которые часто действуют поразительно хорошо). После исчезновения бурных болезненных явлений важнейшей задачей является в больнице или дома приучить больного к подходящему для его состояния занятию, которое одно в состоянии сохранить еще нетронутые остатки душевной личности больного.

7. Парафрении

С параноидными формами преждевременного слабоумия стоит в близком родстве небольшая группа болезненных форм, при которых мы наблюдаем развитие длительных, более или менее

систематизированных бредовых образований без распада духовной личности, в особенности же без явлений расщепления и описанных выше волевых расстройств; эти случаи должны быть провизорно отграничены от dementia praecox в виду указанных уклонений в их клинической картине и течении. В большинстве случаев наблюдается постепенное развитие постоянно прогрессирующего бреда преследования с позднее присоединяющимся к нему бредом величия (paraphfenia systomatica; случ. 59).
Вслед за периодом недоверчивости и раздражительности всплывают бредовые идеи оценки и наблюдения, которые все более и более складываются в бредовую систему. Значительно позднее дело доходит до слуховых, иногда также до зрительных галлюцинаций и до ложных ощущений с бредом физического воздействия. Еще позднее присоединяются идеи величия, которые приводятся в связь с бредом преследования; ложные воспоминания также могут обогащать содержание бреда. Рассудительность, ориентировка и правильность хода мыслей не претерпевают в течение всей болезни сколько-нибудь глубокого расстройства. Настроение сначала скорее боязливое или напряженное, позднее самодовольное. Поступки в значительной мере определяются бредовыми представлениями, которые приводят больного к опасным нападениям на мнимых преследователей, к разного рода защитительным мероприятиям, обращениям к общественному мнению, к попыткам осуществления
319
высоких претензий. Поведение, поскольку на него не влияет бред, остается при этом в течение долгого времени правильным, работоспособность до известной степени сохраненной. Только после многих лет бредовые представления делаются постепенно спутаннее, поведение, разговор, письмо становятся более странными и непонятными, но больные никогда не теряют, даже после десятилетий болезни, своей умственной и эмоциональной подвижности и манеры держать себя. При этой медленно, но неуклонно прогрессирующей болезни, по-видимому, не бывает существенных улучшений или выздоровлений. Вследствие своей опасности больные нуждаются почти всегда в больничном пребывании, которое, к сожалению, обыкновенно оказывает весьма неблагоприятное действие на их болезнь.
Дальнейшими принадлежащими сюда редкими картинами болезни являются paraphrenia expansiva с развитием пышного бреда величия при резко повышенном настроении и легком возбуждении, затем paraphrenia confabulans, при которой образование бреда происходит преимущественно под влиянием многочисленных ложных воспоминаний. Наконец, можно еще различать фантастическую форму парафрении, которая отличается богатым продуцированием в высшей степени странных, бессвязных, изменчивых бредовых представлений. При всех этих заболеваниях, протекающих весьма медленно и, в конце концов, ведущих к известной степени психического оскудения, — ядро личности остается сохраненным, несмотря на тяжелые изменения; поведение и поступки в общем правильны и до известной степени понятны при данных бредовых предпосылках.

8 Генуинная эпилепсия

Сборное понятие эпилепсии до сих пор охватывает еще ряд различного рода составных частей, общим признаком которых является наличность судорожных припадков. Так как, однако, похожие припадки наблюдаются при совершенно различных болезненных формах, они, очевидно, не могут служить признаком определенного болезненного процесса. Поэтому необходимо, исходя из других точек зрения, из общей массы эпилептических расстройств выделить группы по возможности одинакового состава. Эта работа до сих пор в самых общих чертах привела к отграничению “симптоматической” эпилепсии от “генуинной”. Первая охватывает те случаи, при которых эпилептические припадки представляют сопровождающие явления других известных заболеваний (опухоли мозга, повреждения мозга, энцефалит, гидроцефалия, туберозный склероз, артериосклероз, уремия, эклам-
320
псия, алкоголизм, отравление свинцом, инфекции, сифилис мозга, прогрессивный паралич, преждевременное слабоумие). Группа случаев, которая остается после выделения этих и быть может еще некоторых других форм, по-видимому, принадлежит особой болезни — генуинной эпилепсии (случ. 49—51), основой которой с известной степенью вероятности следует считать расстройства обмена, еще недостаточно выясненного характера. Среди признаков этой болезни эпилептический судорожный припадок играет, хотя важную, но не решающую роль; он может в некоторых случаях вовсе отсутствовать. Напротив, существенным является проистекающее из внутренних причин, более или менее регулярное, однообразное повторение целой группы расстройств, которые могут заменять одно другое (“эквиваленты”), затем, по-видимому, также стойкое своеобразное изменение духовной личности.
Несколько неясной в настоящее время является еще сущность “привычной эпилепсии” пьяниц, т. е. тех эпилептических расстройств, которые довольно часто развиваются в среднем или более пожилом возрасте у пьяниц и не устраняются при отнятии алкоголя, как это бывает при алкогольной эпилепсии в собственном смысле (см. I, 2, С, ь). По-видимому, здесь следует предположить, что влияние алкоголя благоприятствовало проявлению скрытого эпилептического предрасположения, однако некоторые соображения противоречат такому толкованию.
Наступлению судорожного припадка (случай 51) предшествуют предвестники часто непосредственно, реже за несколько часов (“аура”, термин взят оттого, что у больных бывает часто ощущение дуновения), головные боли, головокружение, дурнота, ощущение жара или холода, страх, определенные чувственные восприятия (видение искр, мерцание, огонь, дым, колокольный звон, запахи, оглушение, неприятные

ощущения), давление в области желудка, приливы к голове, усиленная потливость, сердцебиение, расстройства аккомодации, ограниченные подергивания или параличи. Сам припадок начинается внезапной глубокой потерей сознания и падением куда попало (даже в огонь или в воду, на острые предметы), часто с пронзительным криком. Затем наступает короткое время (10—30 секунд) тонического напряжения всего тела, за которым следуют сильные толчкообразные, ритмические, однообразные движения сгибания и разгибания; при этом часто происходят повреждения, особенно языка, который попадает между судорожно сжимающимися зубами. Зрачки широки и неподвижны; больные нечувствительны к уколам булавкой; дыхание хрипящее, крова-

вая пена изо рта; упускание мочи, реже кала. Через 1—3 минуты подергивания прекращаются и сменяются глубоким расслаблением тела или разного рода бесцельными движениями и поступками; вслед за этим наступает пробуждение, или внезапно или после промежутка бессмысленности и неясного сознания, с ощущением разбитости и сильною потребностью спать, при чем воспоминание о прошедшем не сохраняется. Иногда в течение короткого времени можно еще констатировать дрожание, легкие явления паралича, клонус стопы, рефлекс Бабинского. Как эти последовательные расстройства, так и явления самого припадка могут быть сильнее выражены на одной стороне.

Частота припадков весьма различна. По большей части они наступают 1—2 раза в месяц, нередко небольшими сериями, несколько чаще ночью, особенно в первые и последние часы сна. Иногда (случай 51) дело доходит до опасного учащения припадков (“status epilepticus)”, в промежутках между которыми больные лежат в состоянии глубокой бессознательности с быстрым повышением температуры тела; значительная часть таких больных погибает при этом в течение немногих дней.

Помимо больших судорожных припадков (“grand mal”) бывают многочисленные не вполне развитые припадки (“petit mal”), которые могут появляться наряду с первыми или вместо них. Сюда принадлежат прежде всего более ограниченные судорожные и паралитические явления без потери сознания, дрожание, все расстройства, приведенные выше, как примеры ауры, затем помрачение сознания с намеком на судорожные явления или же вовсе без них, обмороки, внезапное оцепенение, приступы ругательства, приступы смеха, побеги, все это бессознательно и по большей части с последующей амнезией. Также при этом бывают приступы перерыва в ходе идей (absences), приступы головокружения, приступы сна. Среди расстройств, которые разыгрываются частью в связи с судорожными припадками (pro или post эпилептическое помешательство), частью в форме самостоятельных приступов исключительно в психической сфере (случ. 50) — стоят на первом месте “расстройства настроения”. Дело идет при этом о скоро преходящих приступах раздражительного, боязливого или печального, реже повышенного настроения, которые повторяются без внешнего повода регулярно несколько раз в месяц, иногда чаще, иногда реже; по большей части приступы бывают утром и продолжаются несколько часов, лишь в виде исключения более 1—2 дней. Больные бывают при этом часто очень опасными для себя и окружающих (попытки на самоубийство, нападения полового характера, при-

чинение увечий, поджоги). Под влиянием алкоголя, к которому такие больные обнаруживают пристрастие, дело может доходить до глубокого помрачения сознания, ажитированных состояний опьянения и дипсоманических приступов с неумеренным пьянством в течение 4—6 дней без тяжелого опьянения с последующим полным раскаяния протрезвлением.

Далее, могут развиваться в виде приступов обманы чувств, бредовые представления, особенно же состояния сновидного помрачения сознания, которое известно под названием “сумеречного состояния сознания”. Быть может сюда принадлежат некоторые случаи снохождения, хотя большинство из них, конечно, истерического происхождения. Далее, отдельные случаи особого состояния после пробуждения с опасными нападениями на окружающих. Чаще всего бывают скоропреходящие состояния спутанности, во время которых больные совершают разного рода бессмысленные поступки в том числе также весьма опасные (разрушения, поджоги, эксгибиционизм). При более длительных сумеречных состояниях, продолжающихся несколько дней и даже недель, обыкновенно появляются устрашающие галлюцинации и делириозные бредовые представления, часто с религиозной окраской, которые при болезненной форме, называемой “делирий со страхом эпилептиков”, принимают крайне опасные формы и приводят больных к самым безрассудным насильственным поступкам. В других случаях со ступорозных понижением всех волевых проявлений дело идет, по-видимому, больше о состоянии тупого оглушения и дезориентировки. Наконец, бывают еще сумеречные состояния, при которых больные представляются сносно ориентированными, довольно сознательными, могут производить сложные действия, даже предпринимать далекие путешествия, а затем внезапно пробуждаются как бы после сна. Воспоминание о времени сумеречного состояния выпадает то совершенно, то лишь частично; это воспоминание сначала может быть сохраненным с тем, чтобы затем исчезнуть, а позднее опять появиться, все это в общем точно также, как бывает при здоровых воспоминаниях о сновидениях (требуется осторожность при судебной экспертизе, так как возможно подозрение относительно симуляции).

Распределение всех указанных эквивалентов в отдельных случаях болезни представляет весьма большие различия. Однако, как правило, можно бывает констатировать у одного и того же больного несколько друг

друга сменяющих форм. Иногда наблюдается только большое накопление неполных припадков
323
(неблагоприятный признак), иногда же лишь психические припадки без судорог.
При более длительном течении эпилепсии обыкновенно образуются известные своеобразные изменения в психической личности больных (случ. 49); прежде всего замедление усвоения восприятий и переработки внешних впечатлений, обстоятельность и тугоподвижность мыслительного процесса, а также сужение умственного кругозора и оскудение запаса представлений; память и способность запоминания делаются также менее точными. Очень часто наблюдается мелочная точность в деталях (рисунки, писания, ручные работы, в поведении — тщательное соблюдение форм вежливости) при неспособности к самостоятельной деятельности. Вследствие ограниченности "я" приобретает несоответственно большое место в сознании, развивается ипохондрически окрашенная внимательность к собственному здоровью, эгоистическое невнимание к чужим интересам и приторная нежность к родным. С другой стороны, беспомощность больных, поражаемых неожиданными приступами болезни, быть может является источником их внешней набожности. Их настроение бывает то угрюмое, безучастное, то повышенное, полное надежд; часто наблюдается сильная раздражительность, особенно при приступах расстройств настроения. Поведение, часто бывает ребяческое, льстивое, у других больных недружелюбное, сварливое; речь — тяжелая, неуклюжая. Многие больные обнаруживают большое непостоянство, нигде не остаются подолгу, беспокойно странствуют по свету; часто под влиянием повторно появляющихся расстройств настроения они не находят себе призвания, делаются нищими и бродягами. Другие ведут замкнутую, строго урегулированную жизнь, всецело наполненную мелкими интересами и постоянными заботами о собственной болезни.
Эпилепсия начинается обыкновенно до 30-летнего возраста, часто уже в детстве. При более позднем начале дело идет обыкновенно не о генуинной эпилепсии, а о травматических, сифилитических, артериосклеротических, алкогольных формах. Прогноз в общем следует считать неблагоприятным; обычно частота и тяжесть припадков постепенно возрастает и вместе с тем все яснее развивается эпилептическое изменение психики. Многие больные делаются в конце концов слабоумными и тупыми. С другой стороны, однако, немало случаев заканчивают улучшением или выздоровлением, хотя впрочем принадлежность форм с таким течением к генуинной эпилепсии в настоящее время не может быть точно установлена.
324
Основы и сущность болезни в настоящее время еще темны. Некоторые данные, по-видимому, указывают на то, что ближайшей причиной припадков следует считать ядовитые продукты обмена веществ, которые образуются патологическим путем или же недостаточно разрушаются, накопляются в организме и во время припадка обезвреживаются или же выделяются; однако пока наши знания этих отношений совершенно недостаточны. Алкоголизм родителей несомненно играет выдающуюся роль в предрасположении к эпилепсии.
При лечении эпилепсии испытанным средством являются прежде всего бромистые соли (бромистый натрий или смесь Эр-ленмейера из бромистых натрия, калия и аммония), которые применяются в течение долгого времени по 4,0—6,0 ежедневно. Особенно целесообразным препаратом является, по-видимому, sedobrol. При появлении явлений отравления (acne, расстройства пищеварения, бронхит, оглушенность) следует медленно, не сразу, уменьшать дозу (опасность учащения припадков). Действие брома существенно поддерживается возможно сильным уменьшением употребления поваренной соли (хлеб, сухари, суп — солить только седобролем, избегать соленых и копченых кушаний, сельдей, сыров, впрочем лишение соли можно переносить долгое время лишь в ограниченной степени. Далее рекомендуется предпочтительно растительная пища, так как экстрактивные вещества мяса, по-видимому, благоприятствуют припадкам. Совершенно необходимо также полное воздержание от алкоголя. Пищеварение должно быть тщательно урегулировано. Наконец, следует по возможности предохранять больных от опасностей, которые им грозят при неожиданных припадках (надзор, избегание опасных случайностей).
При эпилептическом статусе применяют клизмы из ами-ленгидрата (5,0—6,0, можно несколько раз) или очень большие дозы брома (до 30,0). Далее сердечные средства, вливание солевого раствора с кровопусканием, в случае надобности вдыхание кислорода, ванны с прохладными обливаниями.
Из других многочисленных способов лечения эпилепсии следует здесь еще упомянуть вкратце о комбинированном лечении бромом и опиумом, которое иногда оказывает благоприятное действие в застарелых случаях, но является не безопасным, а также о часто применяемом в последнее время впрыскивании кроталина (яд гремучей змеи). От многочисленных хирургических способов лечения, которые рекомендовались, при генуинной эпилепсии нельзя ожидать успеха.
325
III. Психогенные заболевания
A. Нервное истощение. Насколько часто "переутомление" приводится как причина психического заболевания, настолько мало его действительное значение. Впрочем, деятельность, продолжающаяся значительное время с напряжением всех сил, может привести, с одной стороны, к известному нервному перераздражению, с другой стороны — к понижению работоспособности вследствие длительного утомления. Вредно действует при этом прежде всего сопутствующее эмоциональное возбуждение, которое путем нарушения сна и аппетита мешает своевременному и полному восстановлению

растраченной силы. Симптомами являются — падение работоспособности, повышение утомляемости, мрачное, подавленное настроение с ипохондрическими приступами, раздражительность, неохота к труду, затем чувство давления в голове, обмороки, дрожание, неприятные ощущения, сердцебиение. Если все эти симптомы, поскольку они составляют картину неврастении, могут быть сведены к определенным, осязаемым причинам, причем другие страдания должны быть исключены (прогр. паралич, сифилис мозга, меланхолия, артериосклероз, dementia praecox), то возможно с уверенностью расчитывать на скорое полное выздоровление путем телесного и душевного покоя, урегулирования сна (ванны, небольшие дозы брома, при случае снотворные) и обильного питания.

B. Невроз ожидания. Мы обозначаем этим названием затруднение в совершении обычных, каждодневных функций (речь, хождение, писание, чтение, глотание, мочеиспускание, половой акт, сон), которое обусловливается тревожным ожиданием (случай 54). Исходным пунктом обычно является какое-либо расстройство одной из этих функций (явления усталости после напряжения или болезни, неудача вследствие возбуждения), благодаря которому внимание привлекается на их совершение и, таким образом, порождается чувство неуверенности. Под постепенно накопляющимся неблагоприятным влиянием эмоциональных волнений и напряжений воли развиваются тогда затруднения, которые могут появляться при каждом вновь предъявляемом к данной функции требовании в форме слабости, подобной параличу, атаксии, неприятных ощущений, болей, внутреннего возбуждения, потери бодрости, и делают все более и более неисполнимою для больного соответствующую функцию. Сюда относятся некоторые ограниченные парезы, некоторые формы заикания и пищевого спазма, астенопии, рас-

стройства мочеиспускания, психической импотенции. В тяжелых случаях может дойти до распространенной болезненной невозможности движений (akinesia algera). Лечебные мероприятия, которые не направлены на сущность и этиологию болезни (лекарства, массаж, водолечение, электризация), не имеют успеха, или даже оказывают неблагоприятное действие, так как они понижают и без того слабую веру больного в себя; состояние может таким образом ухудшаться в течение годов. В противовес этому при помощи разъяснения больному основы его расстройств и планомерных упражнений, в некоторых случаях при поддержке гипнотическим успокаиванием, обыкновенно удается, если и не всегда скоро, побороть затруднения совершенно и окончательно.

C. Индуцированное помешательство (случай 53). О возникновении душевного расстройства путем индукции (психическое заражение) можно говорить в различном смысле. Во-первых, подготовленные уже заранее психозы, особенно припадки маниакально-депрессивного помешательства и истерические явления, могут выявиться вследствие душевного возбуждения, связанного с психическим заболеванием близкостоящих лиц; здесь не обязательно клиническое сходство между индуцирующим расстройством и индуцированным, однако истерические приступы могут в том же виде распространиться вследствие невольного подражания на значительное количество других лиц (истерические эпидемии). Нечто подобное можно сказать и о панике, вызванной действительной или мнимой общей для многих опасностью. Далее, нередко можно наблюдать, что рассудительные и ориентированные, одержимые бредом больные, особенно параноики (ср. ниже IV, 3) и больные сутяжническим бредом (ср. ниже Н) в состоянии перенести свои болезненные представления, иногда и восприятия и обманы памяти, на отдельных слабых разумом и волей лиц из окружающих, особенно близких родственников; в некоторых случаях (при религиозной окраске бреда) даже образовывать небольшие общины, которые в них верят и действуют в их духе. Сюда относятся некоторые из средневековых психических эпидемий; в новейшее время Россия доставила замечательные примеры этого явления. При отделении индуцированных от индуцирующих обыкновенно вскоре достигается успокоение, уменьшение, если и не всегда полное исправление бредовых представлений, и уничтожение силы их влияния на поступки.

D. Бред преследования у лиц с плохим слухом. Обусловленное значительной степенью расстройств слуха душевное одиночест-

во может принять болезненные формы бреда преследования. Коренящееся в глухоте чувство неуверенности ведет к недоверчивому наблюдению и толкованию невинных переживаний, а также далее ко всякого рода иллюзорным и галлюцинаторным ошибочным восприятиям, при возникновении которых слуховые шумы обыкновенно играют большую роль. С этим связывается затем у больных представление, что их повсюду “презирают, дразнят, насмехаются, недружелюбно относятся” к этому присоединяются соответствующие бредовые опасения. Настроение тревожно-раздраженное, поступки, вне действий вызванных бредом, вполне осмысленные. Систематического развития бреда не происходит. При благоприятных внешних условиях (общение с участливо относящимися лицами, улучшение жизненных условий, врачебное воздействие) бредовые представления могут потерять свою раздражающую власть, а часто и совершенно исправиться.

E. Невроз испуга. Под влиянием глубоко потрясающих событий, особенно массовых несчастных случаев (война, землетрясение, катастрофы в копях и шахтах, пожары, кораблекрушения) у большего или меньшего количества затронутых ими лиц вследствие резкого эмоционального волнения может внезапно наступить помутнение сознания и спутанность мыслей, сопровождаемые бессмысленным возбуждением, реже ступорозной заторможенностью волевых проявлений. Вызванное опасностью душевное волнение мешает ясному восприятию внешнего мира, размышлению и планомерному действию, на место чего выступают

примитивные средства защиты, ограждения себя от внешнего мира, инстинктивные движения бегства, защиты и нападения. К этому могут присоединиться всякого рода истерические явления, делирии, припадки, параличи. По истечении нескольких часов, дней или самое большее недель, с наступлением успокоения, обычно сознание мало-помалу опять проясняется, в то время как воспоминание о происшедшем, часто, также о предшествовавшем времени исчезает или остается крайне неясным. Более легкие следы пережитого возбуждения (повышение эмоциональной возбудимости, разбитость, тревожность, подавленность, беспокойный сон, страшные сны, сердцебиения, чувство давления в голове, головокружение, дрожание) могут оставаться еще долгое время. Телесное и душевное спокойствие, урегулирование сна, впоследствии подходящие занятия, уход, уговоры, перенесение в благоприятные внешние условия обычно достаточны, чтобы привести к выздоровлению.
328
F. Травматический невроз (случ. 39). За последние десятилетия выяснилось, что не только после тяжелых, но и после совсем незначительных несчастных случаев, иногда даже без того, чтобы имело место поранение, могут остаться постоянные, даже с течением времени усиливающиеся расстройства, которые в общем представляют из себя смесь подавленности, плаксивости и слабоволия с неприятными ощущениями, болями и расстройствами движений. Жалобы чаще всего связаны с непосредственными последствиями несчастного случая (боли, опасения, затруднения в работе), приобретают однако лишь тогда большую силу и распространение, когда надо снова начать работу и затем когда должен решаться вопрос о пенсии. После одной или нескольких попыток больной приобретает постепенно все укрепляющуюся уверенность, что его страдания делают для него невозможной прежнюю работу. Головные боли, чувство головокружения, слабость, дрожание, напряженность мышц, неуверенность движений (“псевдоспастический парез с тремором”), расстройства походки, необычные неприятные ощущения и боли всякого рода мешают ему постоянно или появляются как только он пытается приступить к работе. К этому нередко присоединяются ипохондрические представления о тяжести страдания. Настроение подавленное, плаксивое или угрюмое, раздраженное. К сильному напряжению воли больные неспособны, очень быстро устают при всяком задании, малодушно прекращают свои попытки после безуспешных усилий. Очень распространена склонность настойчиво обращать внимание врача на отдельные черты в картине болезни. Даже если больные вне наблюдения не представляют ничего особенного, то они при исследовании довольно тугоподвижны, с трудом воспринимают, не могут вспомнить самых обыкновенных вещей, дают совершенно неподходящие ответы, но расказывают подробно и жалобно о своем несчастии и своих страданиях. Расстройства движений тоже выступают тогда в очень сильной степени.

Отправную точку для развития болезни образует трудность после долгого безделья преодолеть еще существующие затруднения и вновь приступить к мало радостной, вероятно, работе. У слабовольных или каким-нибудь другим образом (алкоголем, старостью, артериосклерозом) поврежденных людей в таких случаях возникает опасность малодушно поддаться собственной слабости, если сила нужды не понуждает волю. В этот момент начинается неблагоприятное влияние нашего законодательства о страховании от несчастных случаев, которое, с одной стороны, обещает некоторое обеспечение на случай неработоспособности, а с другой грозит
329
уменьшением или лишением пенсии при всякой попытке снова приступить к работе. К этому присоединяется еще то, что отпуска после несчастных случаев обычно несоответствующим образом удлиняются в намерении предохранить развитие травматического невроза, в то время как именно таким путем возврат к работе все более и более затрудняется. При таких обстоятельствах прогноз болезни у нас часто складывается неблагоприятно. В виду постоянно возобновляемых последующих исследований больные, чтобы не лишиться своей пенсии, не решаются мужественно приступить к преодолению затруднений в работе, а наоборот все более погружаются в роль надолго и тяжело пораженного и неспособного калеки. Единственным исходом из этого бедствия является возможно быстрое возвращение к работе. В застарелых случаях это, если вообще возможно, достигается только планомерным уменьшением пенсии. Лучше всего было бы немедленное соглашение о вознаграждении определенной суммой, которое у нас, к сожалению, допускается только при пенсиях до 15% потери трудоспособности, в других же странах (Дания, Швейцария) это дало великолепные, результаты. При свежих заболеваниях надо стремиться к сокращению отпуска и быстрому возобновлению работ, сначала может быть в более легкой форме, далее к низкой оценке и постепенному лишению пенсии до возможности вознаграждения определенной суммой. Собственно лечение ввиду характера заболевания является совершенно бесполезным.

Часто к картине травматического невроза примешиваются еще другого рода черты, иногда истерические симптомы болезни, затем остатки мозговых поражений (односторонняя глухота или атрофия глазного нерва, эпилептиформные припадки) алкогольные или артериосклеротические расстройства.

G. Психогенные душевные расстройства у арестантов. Под тяжелым влиянием лишения свободы могут развиться различные формы душевных заболеваний, среди которых, однако, лишь часть характерна для пребывания под арестом; так, нередко наблюдаются эпилептические, истерические, алкогольные расстройства, особенно dementia praecox. Замечено, во всяком случае, что клинические картины в общем обнаруживают известные черты, которые коренятся в особенности положения заключенных (подозрительность, идеи преследования, раздражительность, бунтарство). Но кроме того строгое отделение от

внешнего мира и бессильное подчинение гнету государственной власти порождают также самостоятельные заболевания с подобной же окраской. Они проявляются преимущественно в форме бреда преследования в соединении с галлюцинациями слуха, возникновению которых бла-
330
гоприятствует тишина одиночного заключения, с ночными делирантными переживаниями, часто также с обманами памяти. К этому часто затем присоединяется бред невиновности, объясняемый естественным стремлением к оправданию, вытеснение чувства вины в связи с обманами воспоминаний; точно также довольно часто появляются идеи помилования, имеющие своим источником горячее желание сократить гнет заточения. Таким образом, больной вступает в ожесточенную борьбу с окружающей его средой, и именно с представителями государственной власти, которые, по его мнению, преследуют его самым жестоким образом, с самого начала поступили с ним несправедливо и противозаконно лишают его дарованной ему свободы. Неповиновение, насилие, опасные нападения вызывают все более суровые меры, из которых бред почерпает новую пищу, пока, наконец, болезнь не распознается. Перемещение в общую камеру или отделение для душевнобольных, большей частью, ведет за собой быстрое успокоение, даже если бредовые идеи совсем не исчезают или исчезают только частью. Еще благоприятней, естественно, влияет окончание срока заключения или помилование.

В то время как бред преследования у арестованных развивается после нескольких лет лишения свободы в форме упрямого возмущения против насилия, у более старых, пожизненно заключенных иногда наблюдается после десятка лет длящегося безукоризненного поведения “пресенильный бред помилования”, но уже как признак окончательной надломленности личности под гнетом безнадежности. Рядом с идеями преследования и галлюцинациями, которые однако не имеют большого влияния на поступки, вместе с признаками преждевременной старости выступает утешительная мысль возможности помилования и приятной жизни на свободе.

Гораздо более пеструю картину представляют развивающиеся на почве психопатического предрасположения “бредовые фантазии” арестованных, которые в совершенно сходном виде наблюдаются и вне тюремных стен, но которые там находят особенно благоприятные условия развития. Мы имеем при этом дело со смесью причудливых, меняющихся идей преследования и величия — с галлюцинациями всякого рода, сопровождаемых довольно частыми преходящими состояниями возбуждения или ступора, а также легким затемнением сознания; они оказывают лишь незначительное влияние на поступки, не подвергаются дальнейшей переработке и обычно быстро пропадают, если больные попадают в благоприятные условия.
331
В предварительном заключении мы встречаемся, во-первых, с депрессивными настроениями и с взрывами отчаяния, со спутанностью, проявляющимися с болезненной силой, а затем особенно с истерическими симптомокомплексами (Ganser'oBCKoe сумеречное состояние, ступор заключенных), соответствующим более внезапно налетающим эмоциональным переживаниям (случай 52). И здесь, обычно, при переводе в больничное отделение наступает быстрое улучшение.

Н. При сутяжническом помешательстве (случай 60) в связи с мнимым или действительным нарушением прав больного у него развивается бредовое представление, что его хотят намеренно и планомерно обманывать и угнетать. Таким образом, начинается борьба, проводимая с большой страстностью, в течении которой круг мнимых противников все более и более расширяется. Сильно повышенное самомнение, большая раздражительность и полное отсутствие понимания чужих прав ведут к безмерным обвинениям, обширным жалобам, преувеличенным требованиям убытков и к целой горе процессов, неблагоприятный исход которых дает все новую пищу для бреда (“сутяга”). Обманы памяти при этом нередки. Концом является или известного рода утомление, которое постепенно ослабляет любовь к борьбе, или наложение опеки, которая кладет конец их деятельности. Иногда больным, обладающим большей частью даром речи и живостью, удается убедить то или другое лицо в справедливости своих бредовых обвинений и добиться поддержки (ср. выше С).

К сутягам ближе всего стоят пенсионные кверулянты, которые чувствуют себя обиженными отказом или лишением пенсии после несчастного случая и которые своей жизненной задачей делают борьбу за эту пенсию, далее арестанты, которые считают себя безвинно осужденными, и совершенно сходным образом борются за свою свободу. В одном случае борьба может найти свое завершение с истечением срока наказания или с помилованием, в другом — признанием или окончательным отказом в пенсии.

IV. Конституциональные душевные расстройства

I. Маниакально-депрессивное помешательство (случай 1—9)

К обширной области маниакально-депрессивного помешательства принадлежит ряд проявляющихся в отдельных при-
332
падках очень разнородных состояний, которые на первый взгляд часто производят впечатление самостоятельных душевных расстройств, пока их беспорядочная смена в одном и том же случае не укажет, что они являются формами выражения одного и того же болезненного процесса. В качестве главных форм можно различать меланхолические, маниакальные и смешанные состояния, к которым далее еще следовало бы присоединить всю жизнь длящиеся основные состояния.

А. Меланхолия (случай 1—3). Основными чертами меланхолических картин являются затруднение в

усвоении восприятий и мышления, тревожное или грустное настроение и задержка воли.
Больные могут лишь с трудом сосредоточить внимание, переработать умственно внешние впечатления, рассеяны, забывчивы, долгое время должны соображать, не могут составить себе ясных представлений. Часто наблюдаются обманы восприятий, чаще всего в смысле ложных толкований и неузнавания; реже настоящие галлюцинации в области зрения и слуха, которые обыкновенно имеют близкое отношение к содержанию представлений. При более тяжелых заболеваниях обычно выступают бредовые идеи, которые, однообразно являясь снова и снова, властно заполняют содержание сознания чаще всего в виде бреда греховности и недостойности, обыкновенно с религиозным оттенком. К этому часто присоединяется опасение обеднеть, ожидание страшного несчастия, преследования, наказания. Из сознания проявившегося болезненного изменения легко развиваются далее ипохондрические бредовые представления, является мысль о неизлечимой болезни, о неизбежной смерти.
Настроение подавленное, слабодушное, полное отчаяния или тревожное; оно выражается в чертах лица и манере держаться. Почти всегда результатом его является отвращение к жизни, которое к сожалению слишком часто ведет к серьезным поранениям самого себя и самоубийству, иногда также к убийству близких, которые таким образом освобождаются от мнимо безрадостной судьбы. Задержка воли ощущается самим больным как неспособность к принятию решения; она далее проявляется в понижении работоспособности, в вялости и замедлении движений, в тихой отрывочной речи. Она может дойти до полной ступорозной связанности, при которой только разве умоляющее или напряженное выражение лица, тихий вздох или слабые попытки к выразительным движениям выдают внутреннюю тревогу (случай 3).
В телесной области мы находим расстройство сна, недостаток аппетита, падение веса тела, вялость кишечника, повы-
333
шение кровяного давления. В своем окончательном выражении картина болезни у одного и того же больного может являть большое разнообразие. Наиболее легкие формы меланхолической депрессии часто воспринимаются совсем не как болезнь, а как следствие какого-нибудь неприятного переживания или физического расстройства; чувство тоски кажется “неврозом сердца”, уменьшение аппетита “нервной диспепсией”. В другой большой группе случаев (“melancholia simplex”) дело не идет дальше простых идей греховности, в соединении с тревожными или ипохондрическими опасениями (случай 1). Если к этому вместе с ростом чувства тревоги присоединяются еще бред преследования и галлюцинании, то мы можем говорить о melancholia gravis (случай 2), которая может претерпеть дальнейшее изменение при появлении совершенно причудливых, спутанных бредовых представлений, в особенности нигилистического содержания (идеи уничтожения) и с призрачным толкованием окружающей обстановки (фантастическая форма). Наконец, можно указать на встречающиеся иногда состояния сноподобного затемнения сознания со спутанными сказочными переживаниями и чаще всего с ступорозным состоянием (делириозная форма).
В. Мания (случай 4—6). Как полная противоположность меланхолии, мания характеризуется повышенной отвлекаемостью внимания, неустойчивостью мыслительных процессов, преимущественно веселым настроением и волевым возбуждением. Усвоение восприятий, хотя обычно затруднено, но случайно встречающиеся в пестрой смене впечатления все же усвояются; иногда замечаются галлюцинации, преимущественно зрения. Выплывающие представления удерживаются только на короткое время, и тотчас же вытесняются другими (“скачка идей”); при этом, обыкновенно, большую роль играют словесные ассоциации (созвучия, рифмы, привычные выражения), в письме однородные сочетания. Бредовые вымыслы, большей частью хвастливого и меняющегося характера, не редки, именно идеи величия, к которым могут однако присоединяться и идеи преследования. Настроение в общем повышенное, но очень неустойчивое, легко обращающееся в раздражительное, иногда и в плаксивое. Самый заметный симптом болезни обычно волевое возбуждение, которое может от легкого непостоянства и суетливости доходить до самого сильного буйства. Обычной формой его выражения является преувеличенное стремление к деятельности; больной беспорядочно следует внешним или внутренним раздражениям, и поспешно прерывает начатое дело, чтобы обратиться к новому. Сон при более легких заболеваниях большей частью глубокий, но непродолжительный,
334
прием пищи обильный, так что вес тела прибавляется. При более сильном возбуждении, однако, сон и прием пищи обыкновенно значительно страдают, и вес тела соответственно падает.
Самые легкие, называемые гипоманией, формы мании (случай 6), могут производить впечатление особенно приятного эмоционального состояния и вновь пробуждающейся жизнерадостности. Живость и подвижность хода мыслей, находчивость, шутливость соединяются с бурлящим повышенным настроением и неустанной предприимчивостью. Правда, рядом с этим выступают поверхностность и отрывочность мышления, раздражительность, непланомерность и импульсивность поступков. С усилением болезненных симптомов, при собственно мании (случай 5), все яснее проступает скачкообразная бессвязность мыслительного процесса, несдержанная, внезапно меняющаяся веселость и прежде всего волевое возбуждение, беспокойство, день и ночь длящееся и выражающееся все в новых занятиях, неудержимый поток словесных извержений. Вместе с тем появляются галлюцинации и особенно бредовые идеи, так что может наступить временное затемнение сознания. Там, где бредовые представления при сохранении сознательности и легком возбуждении получают более широкое развитие, могут развиваться параноидные картины болезни, правильное

толкование которых достигается при обращении внимания на маниакальные примеси (намеки на скачку идеи, бросающееся в глаза повышенное настроение, импульсивное стремление к деятельности) или на основании анамнеза больного. С другой стороны, и здесь наблюдаются делириозные формы с более глубоким затемнением сознания, которые соединяются то со спутанным возбуждением, то с мечтательностью и экстазом.

C. Смешанные состояния (случай 7—9). Намеки на присутствие противоположных друг другу симптомов болезни в припадках маниакально-депрессивного помешательства нередки (внезапный плач маниакальных, улыбка меланхолических больных при ласковом обращении к ним). Близкое родство мании и меланхолии кроме того обнаруживается довольно частым внезапным переходом обоих состояний из одного в другое. Наконец, случается, что расстройства, свойственные одной из форм, в одной или нескольких областях душевной жизни замещаются соответствующими расстройствами другой формы. Таким образом, появляется ряд чрезвычайно разнообразных клинических картин, принадлежность которых к основной болезни сначала может быть распознаваема лишь потому, что они в виде переходных состояний или самостоятельных приступов вклиниваются

335

между обычными формами болезни. Наиболее частыми из такого рода смешанных состояний являются маниакальный ступор (случай 7) и депрессия с возбуждением (случай 8); в первом мы имеем дело с манией, в которой скачка идей замещена заторможенностью мыслительного процесса, волевое возбуждение, задержкой воли (бедность мысли и ступорозное поведение при веселом настроении); во втором — с меланхолией, которая сопровождается не задержкой воли, а возбуждением (бедность мысли и потребность деятельности при печальном настроении).

Имеется еще целый ряд редких или временно наблюдаемых смешанных форм, так например, мания в связи с бедностью мысли (заторможенность мысли вместо скачки идей), скачка идей при меланхолии, заторможенная мания (скачка идей и веселое настроение с задержкой воли), депрессивное настроение в связи со скачкой идей и возбуждением, наконец, случаи, в которых лишь более узкие области душевной жизни обнаруживают различную смесь болезненных явлений.

D. Циклотимические основные состояния. Маниакально-депрессивные больные часто обнаруживают и в промежутки между приступами болезни некоторые заметные особенности эмоционального предрасположения, как это часто наблюдается в виде постоянных индувидуальных особенностей и у родных больного, у которых никогда не доходит дело до настоящего заболевания. Припадки при этом являются или в виде простого усиления постоянного состояния, или в виде резкой противоположности ему. Одна из групп больных страдает постоянною ту-гоподвижностью мысли, наклонностью видеть все в черном свете, тревожностью, боязнью людей, недостатком веры в себя, недостатком жизнерадостности, нерешительностью (меланхолическое предрасположение). Противоположностью им являются "жизнерадостные натуры", личности вечно веселые, общительные, самоуверенные, предприимчивые, которым жизнь дается легко, но вместе с тем непостоянные, беспокойные, капризные, изменчивые (маниакальное предрасположение). Но чаще всего, может быть, встречается раздражительное предрасположение; повышенная возбудимость со склонностью к резким страстным вспышкам, часто с истерической окраской. Наконец, следует назвать еще циклотимическое предрасположение: легкое колебание между повышенным чувством самоуверенности в связи с радостью творчества, с одной стороны, и угнетенным малодушием с другой, которое может проходить через всю жизнь и большей частью объясняется случайными внешними причинами.

336

Приступы маниакально-депрессивного помешательства могут самым неправильным образом распределяться в течении жизни. С одной стороны стоят больные, которые заболевают лишь один раз за всю жизнь, напр, меланхолией (случай 1), с другой — такие, вся жизнь которых почти заполнена маниакальными или меланхолическими состояниями (случай 6); между ними стоит главная основная масса больных, у которых в жизни бывают несколько раз припадки того или другого рода. Начало болезни чаще всего относится к годам развития или к следующему за ним десятилетию, а также ко времени обратного развития. Около 2/3 больных — женщины; наследственное предрасположение играет большую роль. Окраска приступов в некоторых случаях всегда одна и та же (периодическая мания или меланхолия), чаще с неправильными сменами, даже в течении одного и того же приступа болезни (циркулярное помешательство); со старостью частота меланхолических заболеваний увеличивается. Сила, клиническая форма и продолжительность отдельных приступов у одного и того же больного может быть различна. Отдельный приступ начинается при меланхолии большей частью постепенно, при мании нередко и внезапно, часто после совсем краткой депрессии; обыкновенно, сначала следует усиление, затем ослабление болезненных явлений, обычно параллельно с колебаниями веса тела. Помимо этого могут быть еще более мелкие колебания в состоянии; самочувствие меланхолических больных утром часто значительно хуже, чем вечером. Длительность приступов различна, начиная с нескольких недель и даже дней и кончая многими годами; меланхолии и смешанные состояния обычно длятся дольше, чем мании. Переход от одного болезненного состояния к противоположному может совершиться, там где между ними не ляжет более длительный свободный от приступов промежуток, постепенно или также совсем внезапно в течение одного дня; отдельный приступ заканчивается обычно полным восстановлением здоровья, причем имевшиеся ранее

постоянные отклонения душевного строя, конечно, остаются. Только в самых исключительных случаях после тяжелых и длительных припадков развиваются более или менее выраженные состояния психической слабости с легкими остатками перенесенного расстройства (плаксивое малодушие, переменчивость в настроении, детская хвастливость, слабость воли, склонность к коллекционерству).
Лечение меланхолических состояний требует лежания в постели, заботы о достаточном питании, урегулирования пищеварения, а также содействия сну при помощи ванн и в случае надобности снотворных. На состояние тревоги, большей частью,
337
благотворно действует прием опия (10—40 капель тинктуры 3 раза в день, быстро повышаемые и затем медленно понижаемые дозы). Склонность к самоубийству делает необходимым самое тщательное наблюдение днем и ночью, особенно там, где волевая задержка слабо выражена. Проявляемое больными, особенно в период выздоровления, бурное, объясняемое “тоской по дому” стремление выписаться часто побуждает родных исполнить это желание обычно с тем результатом, что состояние быстро ухудшается и склонность к самоубийству усиливается. Маниакальное возбуждение точно так же раньше всего лечится постельным содержанием; при более же сильных степенях отличное действие оказывают теплые длительные ванны, которые понижают кровяное давление, влияют успокаивающе и смягчают для больного и окружающих разнообразные неприятности его бурного стремления к деятельности.
2. Паранойя
Из необычайно большой массы заболеваний с системой бреда выделяется сравнительно небольшое число случаев, при которых из своеобразного предрасположения путем болезненной переработки жизненных событий незаметно развивается непоколебимая бредовая система, при полном сохранении сознательности и упорядоченности в мыслях, воле и поступках (случай 58). Создающими бред силами являются: во-первых, повышенное самомнение, которое в связи с дефектами предрасположения ведет к конфликту с требованиями и трудностями жизненной борьбы, далее живость воображения, которая заполняет пробелы в наблюдении богатыми добавлениями, наконец, сильное влияние на разум со стороны эмоции. Все это — своеобразности, которые мы в подобном виде наблюдаем при недоразвитой детской психике. Таким образом, образуется склонность оценивать и толковать жизненные опыты более или менее произвольным образом, с чисто личной точки зрения, приводить их в связь с собственными желаниями и опасениями, разрисовывать отношение к окружающей среде, пренебрегая действительностью, таким образом, как это самому хочется. Галлюцинации играют при этом роль лишь разве в форме случайных зрительных явлений или в виде ошибок и превратных толкований действительных восприятий; обманы памяти, наоборот, часты. Результатом этого очень медленно происходящего изменения личности является бредовое миросозерцание, односторонний “сдвиг” точки зрения, свойственной больному по отношению к его жизненному кругу.
338
Так как мы здесь имеем, собственно, дело не с болезнью, а с ненормальным развитием, которое предоставляет богатый простор личной своеобразности, то разнообразие клинических картин здесь очень велико. Можно, однако, различать несколько чаще встречающихся основных форм, в зависимости от того, вращаются ли бредовые идеи более в области преследования или в области величия; можно, правда, в отдельном случае встретиться с обоими направлениями вместе, хотя степень их выраженности и будет весьма различная.
A. Бред преследования и ревности. Из предчувствий, предположений, подозрительного толкования невинных происшествий и обманов памяти под давлением собственной неуверенности ткется сеть представлений об отношениях, в центр которых больной ставит себя. Враждебное недружелюбие и ненависть служит, по его мнению, причиной его унижений, оскорблений и нанесения ему ущерба всякого рода; все это не явной открыто, а тайно и скрытно так, что связь и побуждения становятся ясны лишь изощренному глазу. Мало-помалу все больше совершается сдвиг в отношениях больного к окружающей среде в смысле его бредовой предвзятости, которая из бесчисленных ложно истолкованных переживаний черпает все новую пищу и являет ему совершенно искаженной картину действительности. Рядом с этим всегда имеется упрямое самомнение, в котором больной находит богатое вознаграждение за недружелюбие и угнетение. Поведение и поступки остаются при этом, за исключением тех странностей, которые обусловливаются самим бредом, до такой степени правильными, что больные обычно без больших затруднений живут на свободе, и в состоянии самостоятельно поддерживать свое существование.
Подвид составляет не слишком редкий паранояльный бред ревности, мучительное, опирающееся на разноречивые наблюдения и часто на обманы памяти убеждение в обмане со стороны супруга.
B. Бред величия. Сообразно с разнообразием человеческих стремлений, паранояльный бред величия может принимать ряд самых различных форм, которые однако часто соединяются друг с другом и с бредом преследования. Одну из групп образуют изобретатели и исследователи; вооруженные совершенно недостаточными предварительными знаниями и средствами они подходят к труднейшим вопросам (воздухоплавание, использование воздушного электричества, солнечного тепла, морских движений) и полагают, что сделали величайшие открытия (Perpetuum mobile), использовать которые не позволяют им то-
339
лько недоброжелательство завидующих, и соревнующих. К ним близко стоят благодетели народов, которые своими ребяческими предложениями и планами улучшения мира хотят искоренить все несчастия, бездарные

непризнанные гении искусства, которые чувствуют себя способными к проложению путей к новым, неслыханным целям. Далее, надо упомянуть о бредовых идеях о происхождении от благородных родов; эти больные из сходства, многозначительных слов, красноречивых взглядов черпают поддерживаемое часто ошибочными воспоминаниями убеждение о своем высоком происхождении и всяческими способами добиваются основываемых на этом прав; конечно, они при этом наталкиваются на препятствия, которые ими тогда истолковываются в смысле их бреда. Религиозные направления мыслей ведут, при содействии снообразных “прозрений”, к пророческому бреду, к убеждению в избранности Богом, соединяющемуся со склонностью публично проповедывать и искать последователей, что довольно часто и удается. Быстро обнаруживаемым врагом, с которым больные страстно борятся, является здесь господствующая церковь. С отношениями к другому полу связывается, наконец, эротический бред, таинственное, питаемое взглядами, встречами, газетными объявлениями со скрытым смыслом, отношение к обожаемому издали высокому лицу другого пола; все разочарования и отказы являются здесь, как это удается больному узнать тем же путем, делом менее поощряемых соперников.

Так как бред при паранойе связан с развитием личности, то он по существу не искореним, хотя больные под влиянием внешнего воздействия иногда и делают видимые уступки. Но, с другой стороны, он все-таки оставляет больным возможность справляться с жизненными затруднениями. Они поэтому лишь в исключи-тельных случаях попадают в психиатрические больницы, а большей частью умеют, хотя и с большими внутренними и внешними трудностями, оставаться на свободен при своей профессии. Внутреннее удовлетворение, черпаемое ими из их повышенного самомнения, а точно также и размышление, обыкновенно, хотя правда и не всегда, предохраняет их от более серьезных общественно опасных действий.

Более легкие формы паранойяльного бредообразования вероятно совсем не редки. Они являются как результат преходящего влияния жизненных затруднений у лиц, недостатки которых находятся в значительном противоречии с их самомнением. Упрямая односторонность в понимании людей и отношений, живость воображения, наивная самоуверенность, скорость суж-

340

дения могут создавать паранойяльные направления мыслей, которые при более благоприятных условиях снова исчезают и не находят развития, часто однако без того, чтобы быть действительно исправленными (абортивная паранойя).

3. Истерия (случай 55—57)

Истерией мы называем не очень резко очерченную группу расстройств, общая особенность которых состоит в их тесной зависимости от эмоциональных движений. Часто они совершенно открыто являются формами выражения эмоционального возбуждения, подобно некоторым рефлекторным телесным движениям, в которых мы по Дарвину научились рассматривать остатки старых средств защиты. Отсюда ясно заключение, что их, главным образом, надо рассматривать как разряжения внутреннего напряжения, хотя часто выражающегося необыкновенным, недоступным для здоровой душевной жизни путем. Легче всего, может быть, видны эти отношения при обыкновенных истерических припадках, при которых сопровождающее всякое душевное потрясение, затемнение сознания и замешательство, выражаясь сначала обмороком, в некоторых обстоятельствах доходит до беспорядочных движений защиты, бегства и нападения, совсем подобно тому, как мы наблюдаем это при возбуждениях у плохо воспитанных детей. Также и некоторые ночные переживания истериков в полусне явно обнаруживают своей драматической окраской их связь с тревогой. Это же относится и к патетическим сумеречным состояниям и к истерии у арестантов (см. ниже Е).

Общую основу истерических явлений образует повышенная эмоциональная возбудимость (страстные вспышки, переменчивость настроения, капризность, чувствительность, страсть к преувеличениям). Живость чувственной окраски обусловливает быстро сменяющиеся, резко выраженные симпатии и антипатии, сильную индивидуальную окраску жизненного опыта и воззрений, жажду удовольствий, повышенное самомнение, уныние. Поведение кажется неровным и непостоянным, ничем не управляемым, импульсивным, колеблется между внушаемостью и упрямством; оно то ласковое, послушное, то упрямое, негативи-стическое или вызывающее, несдержанное.

Отдельные истерические расстройства очень разнообразны; они обычно очень изменчивы, редко остаются на продолжительное время (Stigmata). Раньше всего здесь надо упомянуть доходящее иногда до очень резкого сужения концентрическое

341

уменьшение поля зрения, часто с зубцеобразными границами в соединении или без смещения границ распознавания красок; там и сям можно встретить одностороннюю или двустороннюю слепоту. Попадающие на нечувствительные области сетчатки впечатления используваются, хотя и не доходят до сознания.

Необыкновенно часто встречаются расстройства ощущений, именно аналгезия или гипалгезия, реже гипералгезия, то односторонние, то капризно (в виде перчатки, чулка или манжет) распространяющиеся по самым разнообразным областям тела, безотносительно к распределению нервов, поражая иногда всю кожу, доступные слизистые оболочки (отсутствие рефлексов роговой оболочки и глоточного) и суставы. К этому присоединяются неприятные ощущения и боли всякого рода, особенно также болезненность при давлении на отдельные точки, на низ живота (яичники), позвоночник, затылок, темя (Clavus), область сердца. Иногда

можно давлением на эти точки вызвать или прекратить припадок (“спазмогенные” или “спазмофренные” области). Дальнейшую большую группу истерических симптомов образуют расстройства движений, первым делом параличи. Они отличаются тем, что никогда не поражают области определенных нервов, а всегда определенные формы движений, конечности или части их (гемиплегии, реже моноплегии или параплегии, часто в соединении с ана-лгезией, иногда также с контрактурами); само собой разумеется они никогда не сопровождаются симптомом Бабинского (но при случае нередко клонусом стопы) или реакцией перерож-дения (в некоторых обстоятельствах однако атрофией мышц от недеятельности). Сюда относятся также астазия — абазия, неспособность ходить или стоять без паралича, а также ряд других расстройств походки (качание, неуверенность, сильное шатание при закрытых глазах), речи, письма (атаксия, акатаг-рафия), далее афония, иногда встречающаяся немота, аграфия. Контрактуры обычно распространяются на один сустав или ограниченные мускульные области, (спазм век, односторонний спазм лица, спазм голосовых связок, страбизм, кривое положение головы, позвоночника). Наконец, наблюдаются дрожание, спазматические судорги (Paramyoclonus), хореати-ческие движения, судорожный смех и плач, глоточный спазм (“Globus”) singultus, отрыжка (связанная с проглатыванием воздуха), кишечные спазмы (урчание в животе, поносы, вздутие живота), спазмы желудка (рвота), ускорение деятельности сердца и дыхания. К этому присоединяются еще всякого рода
вазомоторные расстройства (дерматографизм, приливы, ограниченные отеки, крапивница, неправильность менструаций).

Среди кратковременных, приступами появляющихся расстройств надо в первую очередь упомянуть о судорожных припадках (случай 55). Они появляются с предвестниками (чувство нездоровья, головные боли, чувство тоски, неприятные ощущения), или без них, иногда непосредственно после возбуждений, чаще после известного промежутка, а в иных случаях и без видимого повода. Обычно сознание затемняется и больные падают на землю, большей частью без того, чтобы нанести себе серьезный вред. Дело может ограничиться простым обмороком, иногда с намеками на ригидность и с дрожанием век, после этого обморока больные вскоре приходят в себя. Иногда дело доходит до того, что больные вытягивают и скрючивают конечности, трясутся, бьются и катаются по полу, выгибаются дугой (Opisthotonus, дугообразное положение при опоре на затылок и пятки), размахивают руками и ногами, кусаются, кричат и кувыркаются. Глаза при этом то закрыты, то широко открыты, закатываются кверху, зрачки широки, нередко не реагируют на свет. Эти судорожные движения могут с неправильными сменами и с короткими паузами отдыха повторяться много раз, даже в продолжении нескольких часов и дней, особенно если обращать на больных много внимания. К этому затем могут присоединиться делирантные состояния, как в “больших” припадках, которые раньше культивировались в Salpetrierc. Часто удается при помощи неприятных воздействий (обливание холодной водой, булавочные уколы, фарадизация) их укоротить. Число припадков и их сила при необращении на них внимания обыкновенно быстро уменьшается, но при удобном случае может снова увеличиться.

Вторую основную форму образуют сноподобные и сумеречные состояния. Больные часто сообщают о ночных наивно-страшно окрашенных переживаниях в полусне, в которых отражаются их опасения. Лунатизм особенно часто наблюдается в юности. Наблюдаются также “приступы сна” (случай 56) днем, именно: внезапное засыпание, большей частью на короткое время; затем рядом с простыми обмороками наблюдаются более длительные состояния “ригидности” (неделями и даже месяцами) с снопо-добным затемнением сознания и ступорозным состоянием.

Совершенно другую картину представляют делирантные состояния возбуждения в соединении с крайне резкими вспышками, которые часто следуют за эмоциональным волнением; затем, особенно у молодых больных встречаются сумеречные состояния с нелепым поведением, при которых наблюдается подражание поведению невоспитанного ребенка. Далее, наблюдается легкая

342

343

спутанность в соединении с отдельными неправильными поступками и блужданием, без более глубокого расстройства внешнего поведения, иногда вместе с проведением какой-нибудь принятой на себя роли.

С другой стороны, затемнение сознания может, большей частью только на несколько часов или дней, углубиться до снопо-добной спутанности с растерянностью, часто с галлюцинациями и связанностью воли (восковая гибкость). Здесь обычно каждый раз совершенно одинаковым образом повторяются, как это мож-но видеть из слов и жестов больного, известные возбуждающие переживания (половые покушения, опасности всякого рода, нападения без всякого отношения к действительно имевшим место событиям или в связи с ними (случай 56), пока в момент высшей опасности не наступает пробуждения (“патетические” сумеречные состояния).

Гораздо большую длительность (недели и месяцы) имеют сопровождаемые также яркими галлюцинациями, но меньшим затемнением сознания бредовые сумеречные состояния, во время которых больные, не сознавая действительно окружающей их обстановки и своего положения, высказывают пестрые, часто меняющиеся идеи преследования и величия.

Очень обычным симптомом, наблюдающимся при истерических сумеречных состояниях, именно при формах, развивающихся у арестантов, представляются “явления вытеснения” (случай 52), непроизвольное отстранение себя от взаимоотношения с действительностью. Сюда относится, в первую очередь, “разговор

мимо темы”, неправильный, но соответствующий смыслу вопроса ответ, отказ от повседневных знаний, извращение и выдумывание воспоминаний, поступки и поведение, диктуемые несуществующими в действительности фактами, в некоторых случаях полная недоступность для окружающих. Таким образом, возникает картина Ganser1 obcyx>to сумеречного состояния (легкое затемнение сознания в соединении с явлениями вытеснения) и ступора у арестантов (недоступное, безучастное настроение с несвязным бредом, преходящим возбуждением или бессмысленными поступками).
С ними граничат некоторые бредовые состояния при ясном сознании, в которых больные при незначительном сужении сознания обнаруживают бредовые обманы воспоминаний.
Воспоминание о сумеречных состояниях или совершенно отсутствует, или сохраняется более или менее отчетливо; часто во время гипноза может быть снова вызвано.
В отдельных случаях все воспоминания о прошлом могут быть утеряны, это бывает только в связи с мучительными, эмоционально сильно действующими переживаниями. Иногда может развиться своеобразная двойная жизнь, так что больные во время сумеречных состояний помнят только о прежних подобных состояниях, но не о времени своего здорового состояния и наоборот; наблюдались у одного и того же больного и несколько различных сумеречных состояний, при чем каждое из них находилось в связи только с себе подобным. Без сомнения, мы имеем при этом дело с культивированием подобных состояний окружа-ющими.
Появление истерических расстройств в большой степени зависит от внешних влияний (душевные волнения, уговоры, подражание). Они часто могут вызываться или устраняться случайными или планомерными воздействиями, повторяются каждый раз, как является к этому повод с тем, чтобы потом опять на долго исчезнуть и позже опять появиться, нередко в другой форме. В виде случайных сопровождающих явлений они наблюдаются при различных болезненных состояниях, сопровождающихся повышенной эмоциональной возбудимостью (маниакально-депрессивное помешательство, pseudologia phantastica, реже эпилепсия, dementia praecox и даже опухоли мозга). Но те случаи, где они получают более самостоятельное значение, можно подразделить на ряд групп.
А. В большей части наблюдаемых случаев мы имеем дело с молодыми лицами, особенно женского пола (прислути, кельнерши, кухарки, преимущественно сельского происхождения), у которых после неприятных переживаний (любовный обман, спор, ложное обвинение, отказ от места, возникают состояния возбуждения или, припадки (случай 55). С ними рядом стоят дети, у которых после телесных заболеваний, наказаний или вследствие подражания развиваются отдельные истерические расстройства, обычно питаемые чрезмерной боязливостью перед окружающими. При соответствующем лечении болезненные явления обыкновенно быстро исчезают, чтобы может быть после нескольких рецидивов вообще больше не появляться после 25 года жизни. Здесь можно говорить об “истерии периода развития”, которую, может быть нужно сопоставить рядом с нередкой истерией диких народов. Лечение может обыкновенно ограничиваться успокоительными мероприятиями, удалением из неблагоприятных условий, планомерным необращением внимания на болезненные явления, а также руководящими указаниями для разумного образа жизни и занятий.
344
345
В. Небольшая часть заболевающих в юношеском возрасте лиц сохраняет на всю жизнь склонность к истерическим расстройствам, которые тогда при длительном существовании могут принимать совершенно причудливые формы (случай 56). Здесь прежде всего развивается привыкание к болезненным явлениям, даже иногда инстинктивное любовное культивирование их, которое делает из болезни в известной степени жизненное призвание. Естественное желание выздороветь отодвигается на задний план стремлением выставить свои страдания в возможно более ярком свете и тем обеспечить себе надолго готовую помощь окружающих. Таким образом, дело доходит до уныния, преувеличения жалоб, потребности во враче, иногда даже до симулирования расстройств (жар, кровавая рвота, задержка мочи), до требования оперативного вмешательства, до тайных поранений себя (кожные поранения). Здесь никогда не будет недостатка во всякого рода других дефектностях индивидуального предрасположения, в отсутствии любви к истине, резкой смене настроений в соединении с чувствительностью и раздражительностью, себялюбии, половой нечувствительности или распущенности, своеволии, импульсивности действий, любви к приключениям, жажде удовольствий, — признаки того, что мы имеем здесь дело с явлениями дегенерации; мы говорим поэтому об “дегенеративной истерии”. Лечение, главным образом, состоит в целесообразном тренировании воли при помощи пользующегося доверием больного, врача (телесные упражнения, упорядоченный образ жизни, полезная работа); отдельные болезненные явления боль-щей частью побеждаются теми средствами, в действительность которых больные сами твердо верят. Операции на половых органах (выскабливания, овариотомия, удаления), к которым раньше часто прибегали вследствие их мнимого отношения к истерии (иатера матка), действуют самое большее в качестве психического воздействия; само собой разумеется, и половые сношения, которыми многие больные пользуются в значительной мере, не оказывают на болезнь никакого действия.
С. Алкогольная истерия (случай 57). В противовес истерии детей и молодых девушек, нередко встречаются истерические приступы у мужчин на третьем и четвертом десятке жизни, которые находятся в теснейшей связи с злоупотреблением алкоголем (у старых пьяниц, в состоянии опьянения). Преимущественно дело идет о состояниях опьянения с возбуждением, с бесцельными волевыми разряжениями и намеками на

судорожные явления, а затем и о выраженных истерических припадках и о сумеречных состояниях. Связующим звеном нужно, по-видимо-
346
му, считать повышение эмоциональной возбудимости благодаря алкоголю при одновременном затемнении сознания, которое благоприятствует импульсивному разряжению волевого возбуждения. Воздержание от употребления алкоголя приводит здесь к скорому излечению.
Д. Вызванные несчастными случаями душевные потрясения тоже могут иметь последствием, особенно у мужчин и нередко при содействии алкоголя, истерические расстройства. Истерия после несчастных случаев проявляется в виде обмороков, судорожных припадков, сумеречных состояний, к которым могут присоединиться параличи, контрактуры, расстройства походки, дрожание. Но кроме того, обыкновенно, и позже развивающаяся картина травматического невроза (см. выше III, 6) обнаруживает всякого рода истерические черты. Лечение должно стремиться к возможно быстрейшему возобновлению работы.
Е. Развивающаяся преимущественно у подследственных арестантов истерия мест заключения выражается иногда в бурных возбуждениях с судорожными явлениями или без них, иногда затем в форме Ganser'оъског сумеречного состояния (случай 52) с “разговором мимо темы”, иногда в виде ступора заключенных; все эти расстройства при окончательной решении судьбы арестованного, часто даже раньше, обыкновенно сами собою исчезают.
4. Невроз навязчивых состояний (случай 61)
На почве психопатического предрасположения нередко развивается мучительная связанность мышления и действий, которая обусловлена насильственным появлением определенных представлений или опасений. Их общей основой является тревожно напряженное внимание, которое именно потому снова вызывает в сознании эти процессы, что судорожно старается их подавить. Болезненность этого состояния и беспочвенность опасений, обыкновенно, при этом лишь очень редко и ненадолго не сознается больным. По содержанию навязчивых представлений можно различать несколько клинических групп, которые, однако, в каждом отдельном случае друг с другом соединяются или одна другой сменяются.
А. Навязчивые представления. Если даже здоровый человек иногда не в состоянии избавиться от известных мучительно навязывающихся ему картин, воспоминаний (мелодии, выражения, цитаты), то насильственная необходимость уделять внимание определенным, чаще всего неприятным, даже отвра-
347
тительным представлениям может при болезненном развитии занимать все психическое содержание. Известные привычки мышления могут тем упорнее вплетаться в мысли, чем сильнее больные стараются их побороть, например, больные оказываются вынужденными считать все видимые предметы, производить манипуляции с числами, замечать всякого рода незначительные мелочи и запечатлевать их, раздумывать над безразличными отношениями, ставить бесполезные и неразрешимые вопросы (навязчивость в сфере внимания, навязчивые мудрствования и вопросы).
В. Навязчивые страхи (фобии). Естественная боязнь опасностей, которым подвержены жизнь и здоровье, может принимать причудливые формы, причем воображение, несмотря на все разумные доводы против, мучительным образом бывает занято совершенно отдаленными возможностями несчастья. Разнообразие таких опасений столь же велико, как и мыслимые опасности. Сюда относится навязчивая боязнь грозы и пожаров, животных, острых или режущих предметов, осколков стекла, яда, загрязнений, заражений. Чувство беспомощного одиночества на больших площадях или безлюдных улицах ведет к боязни пространства (агорафобия); другие подобные представления ведут к страху перед закрытыми или открытыми дверями, к страху быть в многолюдных помещениях (театр), в темноте, в вагоне железной дороги; все это в результате ограничивает свободу передвижения. Также всякого рода суеверные соотношения (числа, буквы, слова, дни, недели), могут вызывать такие же признаваемые бессмысленными, но непреодолимые страхи. Наконец, большую роль играют опасения заболеть водобоязнью, сифилисом, чахоткой, размягчением мозга, спинной сухоткой, душевным расстройством; эти страхи требуют все нового успокаивания, хотя бы для них не существовало ни малейшего основания.
С. Страх ответственности. Много разных мучений может доставить больным забота, что они не будут в состоянии исполнить свои ежедневные обязанности соответствующим образом. Страх что-нибудь упустить (оставить гореть свет, ключи в замке, не запереть как следует, что-нибудь положить не на место, забыть, отправить письмо не запечатанным или по неверному адресу), погружает их в постоянные сомнения (болезненные сомнения, folie du doute) и заставляет их постоянно проверять, все ли исполнено, как следует. Они испытывают потребность все запоминать (имена, числа), отдавать себе отчет в содержании каждого разговора, много раз и повторно проверять безупречность каждой работы, без того, однако, чтобы как-нибудь найти
348
полное успокоение. Наконец, дело может дойти то того, что больные вследствие постоянных сомнений не в состоянии начать свою профессиональною работу или закончить ее. Ответственные (под присягой) показания, составление писем, прием и выдача денег могут вызывать целую бурю беспокойства. Многие больные мучимы неопределенным страхом, что они совершили проступок (богохульство, бесстыдство), или что они должны что-то совершить (кража, убийство, поджог, самоубийство); они поэтому боятся денег, бумаг, ножей, ножниц, игл, спичек, открытых окон, мостов, стараются предохранить себя от мнимых

соблазнов. Хотя здесь страх, по-видимому, часто выражается в форме импульсивных побуждений, однако эти последние никогда не достигают силы, способной действительно повести к предосудительным поступкам.
D. Боязнь общества. Соприкосновение с людьми может вызывать беспокойное чувство страха, сделаться предметом внимания, вести себя не так, как следует, не удовлетворить предъявленным требованиям (страх перед экзаменом, трепет рампы), предстать в бросающемся в глаза или в смешном виде, иметь в беспорядке платье. Вследствие этих опасений может развиться сильная неуверенность в повседневных действиях (способность ходить, речь, письмо), как только больные чувствуют, что за ними наблюдают; они поэтому начинают бояться людей. Далее, можно видеть появление тяжелых явлений (рвота, понос, урчание в животе, особенно же покраснение) именно тогда, когда это в виду окружающей обстановки особенно неприятно; эти явления очень чувствительно затрудняют свободу действий больного и могут поэтому повести даже и к самоубийству.
Все приведенные и многие другие подобные расстройства могут появляться вместе или одно за другим у одного и того же больного; они являются выражением одного и того же расстройства: тревожности и недостатка уверенности всебе, а также мягкости и несамостоятельности воли, наличие которых обычно можно доказать у подобного рода больных. Свою гнетущую власть эти расстройства приобретают исключительно благодаря постепенно растущему опасению, что их невозможно побороть и что они, наоборот, постоянно будут возвращаться (“страх перед страхом”); Это заставляет больных всяческим образом стараться защитить себя от них. Они избегают всякого повода, который каким бы то ни было образом мог повести к устрашающим их явлениям, стараются путем тягостных мер предосторожности предупредить все самые отдаленные возможности без того, конечно, чтобы найти окончательно успокоение,
349
так как возникают постоянно все новые поводы для опасений. Так развивается боязнь к чему-нибудь притронуться, склонность постоянно мыть себя и окружающие предметы, бесконечно повторять всякое данное поручение, с величайшей точностью осведомляться о каждой незначительной мелочи, педантично следить на каждом шагу за собственными поступками. Могут также развиваться всякого рода суеверные отношения; больные стараются приобрести внутреннюю свободу при помощи защитительных слов, жестов, чувствуют себя связанными с определенными цифрами.
Течение болезни обыкновенно бывает колеблющимся. Внешние поводы могут вызвать или усилить опасения: опасения также могут исчезнуть, чтобы при случае снова появиться в том же или измененном виде. Нередко можно установить связь с периодическими депрессиями маниакально-депрессивного психоза, а также с истерией. В общем болезнь упорна; она может прогрессировать и при известных обстоятельствах повести к такому загружению разнообразнейшими навязчивыми опасениями, что свобода действий оказывается совершенно уничтоженной. Лечение должно стремиться к успокоению при помощи душевного воздействия, а также воспитания воли работой и одновременно телесными упражнениями. Разумные уговоры со стороны лица, пользующегося доверием больного, поддержанное, может быть, легким гипнотическим внушением, обыкновенно оказывают благоприятное действие. Непосредственная борьба со страхами обычно усиливает их (“кризисы”), следует скорее предписывать отвлечение при помощи занятий — любительских работ, путешествий, развлечений и противодействовать опасному замыканию в себе. Не следует прибегать к санаторным лечениям, длительному “отпуску для поправки” и лекарствам.
5. Импульсивное помешательство
“Мономаниями” называли раньше известные опасные импульсивные склонности, которые понимались как ограниченные заболевания воли. В действительности дело идет здесь, очевидно, о дефектностях в развитии высших волевых движений, благодаря чему открывается неограниченный простор влиянию первобытных инстинктов на поступки. Опасные действия здесь, в противовес психозу навязчивых состояний, являются не предметом опасения, но предметом устремления; исполнение сначала доставляет непосредственное удовлетворение, которое,
правда, после может под влиянием страха за последствия смениться, большей частью поверхностным, раскаянием.
По-видимому, из смутного стремления к свободе (“тоска по родине”), вырастает наблюдаемая особенно у молодых прислуг женского пола склонность к импульсивным поджогам {“пиромания”) вследствие желания избавиться от гнета службы путем уничтожения чужого жилища. В других случаях при этом может играть роль с первобытных времен существующая радость при виде пылающего огня (случай 62). Точно также как средство к освобождению себя можно рассматривать наблюдающееся иногда убийство маленьких детей няньками, которые таким образом стараются избавиться от своей тяжелой обязанности; иногда при этом, по-видимому, действуют и половые (садистические) побуждения. В тех полных ужаса действиях отравителей, почти всегда женского пола, которые без видимой причины легкомысленно отравляют своих ближайших родственников, знакомых, чужих детей, нужно, насколько вообще возможно здесь понимание, думать о том щекотании нервов, которое доставляет неограниченная власть над жизнью и смертью. В меньшем масштабе это относится к пишущим анонимные письма, которые находят глубокое удовлетворение в том, чтобы из верной засады при помощи отравленных стрел приводить в волнение и замешательство всех окружающих. В связи с общим свойством жадности находится страсть к воровству (“клептомания”), которую потому только с трудом можно отграничить от привычного воровства из корысти. Ее можно признавать разве только там,

где ценность украденного для вора совершенно несравнима с опасностью, которой он подвергает себя, где, далее, поступок кажется несовместимым с происхождением, воспитанием и материальным положением больного, но в особенности если преступник тотчас же и добровольно возвращает пострадавшему украденное. И здесь побуждающим началом часто служат половые инстинкты, именно при краже белья, одежды, обуви, которые не идут в употребление, а только собираются.
Точно также болезненные формы может принять страсть к коллекционерству, при котором стремление к безудержному самоудовлетворению в резком противоречии с обычным поведением больного ведет к преступным действиям. Клептомании далее родственна наблюдаемая иногда, выходящая из рамок здоровья страсть к покупкам, страсть к деланию долгов, при которых не преследуется больше наслаждение набранным без цели добром или деньгами, а самый акт приобретения с сопутствую-
350
351
щим ему возбуждением становится самоцелью, хотя и ведет всегда к разорению.
Импульсивное помешательство развивается всегда на почве вырождения. Оно, к счастью, редко встречается в выраженной форме, чаще всего у лиц женского пола с их более резко развитой импульсивной жизнью, особенно в юношеском возрасте и в периоде тех или иных состояний, связанных с половой жизнью (беременность, менструация). Обычно, здесь можно установить различные признаки недостаточной зрелости личности, малую или слабую умственную одаренность, расплывчатость и бедность мышления, поверхность эмоциональных движений, непостоянство настроения, внушаемость, несамостоятельность. В таком же смысле надо толковать нередко встречающиеся здесь истерические расстройства. Рядом с этим часто находят черты, которые указывают на неполноценность предрасположения, эмоциональную тупость, лживость, упрямую скрытность, неуживчивость. О настоящем лечении поэтому не приходится думать. У лиц молодых можно часто надеяться, что болезненные наклонности с наступлением зрелости до известной степени из-чезнут; у более старших, надо думать только об охране общества от их опасных действий (содержание в больнице, надзор, наложение опеки).
6. Половые извращения
Среди заболеваний в области инстинктивной жизни особенное значение приобретают заболевания полового инстинкта, так как они могут резко влиять на все поведение. Они возникают, главным образом, потому, что естественная половая цель смещается и удовлетворение ищется путями, которые затрудняют дело размножения или делают его совершенно невозможным.
А. Онанизм, эксгибиционизм. Наиболее широко распространенной формой половых извращений является онанизм. Онанизм является в качестве вынужденного явления, развиваясь при отсутствии возможности естественного полового общения (корабли, монастыри, тюрьмы), под влиянием соблазна при тесном совместном жительстве (интернаты), далее при многих душевных расстройствах, которые затрудняют здоровое удовлетворение полового чувства (старческое слабоумие, dementia praecox, имбеци-льность) или которые уничтожают способность самообладания, наконец, у вырождающихся, как выражение преждевременных половых побуждений или дефектного направления инстинктивной жизни. В этом случае онанизм может иметь начало уже в дет-
352
стве и долгое время оставаться интенсивным, даже наряду с другими видами половой деятельности. Смещение половой цели на самого себя, которое у людей со здоровым предрасположением очень быстро сглаживается, здесь может укрепиться надолго и таким образом подготовить почву для дальнейших извращений. Половое возбуждение вызывается при этом или одним представлением сладострастных картин (психический онанизм), или одновременно и физическими приемами. Особый подвид образует эксгибиционизм, обнажение половых органов в присутствии женщин или детей, как это часто делают слабовольные робкие люди в общественных местах, большей частью под действием алкоголя.
Как психический эксгибиционизм можно рассматривать также рассказывание, особенно под влиянием алкоголя, скабрезностей в обществе другого пола и иногда писание непристойных писем.
В. Фетишизм. Половое возбуждение может, как это известно из опыта, вызываться не только частями тела, служащими непосредственно делу размножения, но и другими телесными прелестями, платьем и другими более случайными аксессуарами. Там, где эти побочные предметы делаются “фетишем”, сильнее воз-буждают желание, чем собственно половая цель, и таким образом, наконец, окончательно вытесняют последнюю, там начинается болезненное извращение; оно часто подготовляется онанизмом. Здоровому пониманию ближе случаи, в которых определенные телесные качества (в некоторых обстоятельствах и недостатки) составляют необходимые предварительные условия для возникновения половой страсти. Отсюда далее развивается половое удовлетворение при одном рассматривании или ощупывании являющихся фетишем частей, так например, кос у обрезы-вателей кос. Особую группу образуют “урологические” и “скатологические” формы фетишизма, половая страсть, связанная с рассматриванием, нюханием или даже поглощением извержений (моча, кал); Наконец, нужно упомянуть о встречающихся иногда фетишистах платья, белья и обуви, которые находят удовлетворение, большей частью, в мастурбационном прикосновении к бывшим по возможности в употреблении частям одежды и обычно воруют их, собирая в больших количествах.
Возникновение фетишизма связано, где это удается проследить, обыкновенно с переживанием детства,

когда возникают первые движения полового чувства. Условиями его возникновения являются, с одной стороны, раннее пробуждение полового инстинкта, что мы часто наблюдаем как сходство с звериным
12—3770
353
миром у вырождающихся, затем неустойчивость направления, по которому движется инстинкт, который не находит верной дороги к естественной цели как у здорового, а отвлекается на ложные пути случайными влияниями. Большей частью мы имеем дело с слабовольными, "нервными", внутренно несвободными личностями.

C. Садизм. Очевидно есть известная связь между половой страстью и побуждением жестокости, может быть имеющая свое начало в любовной борьбе зверей. Если при некоторых обстоятельствах безудержное овладение женщиной, крепкое схватывание и "прикусывание" может усилить сладострастное чувство, то мы далее видим, как угроза и насилие делаются фетишем и, таким образом, заступают место действительной половой цели. Всевозможные формы унижения и мучительства могут служить садисту (от Marquis de Sade, чье воображение в этой области было особенно богато) приготовлением или заменой полового общения; бичевание (педагоги), загрязнение (моча, кал, чернила), поранение (подкалыватели), обрызгиванием горящим сургучем, уколы иглами, даже убийство самым отвратительным образом (любострастное убийство) и каннибализм; сюда же надо бы отнести наблюдаемое иногда осквернение трупов. К счастью, многие садисты ограничиваются развратным разрисовыванием подобных ужасов; некоторые находят удовлетворение в самоистязании (аутосадизм).

D. Мазохизм. Последние случаи составляют переход к мазохизму, половому наслаждению путем претерпевания мучительств (пассивная "альголагния" в противовес активной при садизме, которые впрочем часто встречаются вместе); Захер-Мазох описал подобные явления. Исходным пунктом является нередко возбуждающее действие ударов по седалищной части. В дальнейшем придумываются другие подобные меры для удовлетворения, исполняемые, однако, часто лишь в воображении. Особенную привлекательность представляет для больных роль беззащитно подчиненного жестокой госпоже раба, который должен действительно или только в воображении претерпевать всевозможные истязания. Скатологические и урологические унижения тоже играют при этом роль. Мазохисты обыкновенно являют признаки раздражительной слабости, неустойчивости и всякого рода психопатические черты.

E. Гомосексуализм (случай 63). Вызванное онанизмом, смещение половой цели на собственную личность может далее иметь последствием развитие однополой любви, особенно у мужчин. Иногда это извращение естественного инстинкта связа-
354
но уже с первыми его движениями, которые в этих случаях часто проявляются очень рано и с самого начала относятся к своему собственному полу; в других случаях этому предшествует некоторая пора бисексуальности, или влечения долго колеблются между обоими направлениями. Переживания детства и соблазн, особенно под влиянием алкоголя, составляют обычно исходный пункт извращения. Впоследствии дело часто доходит, в связи с отвращением к другому полу, до мечтательно окрашенных "связей" с особами своего пола; кроме того, имеется еще также мужская проституция, которая, однако, лишь отчасти покоится на гомосексуальных ощущениях. Особенно опасно встречающееся иногда влечение к совращению лиц юношеского и даже детского возраста. Манера, одежда и образ жизни могут при этом являть сходство с противоположным полом (женоподобные мужчины, мужеподобные женщины), без того однако, чтобы этим оправдывалось непосредственное заключение о гомосексуальности. Еще менее это верно для известного наблюдаемого иногда телесного сходства с противоположным полом ("мягкие формы, нежная кожа, сильная жировая прослойка, широкие бедра у мужчины; волосатость, широкая кость, грубый голос у женщины). Половые отношения выражаются чаще всего в совместном онанизме или соитие подобных, реже педерастических действиях. Умственные способности то очень умеренны, то очень средни, то даже хороши, развиты больше в направлении воображения, чем суждения; эмоциональная жизнь расслабленная, колеблющаяся; воля, в общем, вялая и внушаемая. Гомосексуализм часто рассматривается как врожденное предрасположение, особенно со стороны самих больных. Важные основания говорят однако за то, что при этом дело идет об извращении под влиянием внешних побуждений инстинкта, не сдержанного более высоким развитием воли и потому рано пробудившегося, при этом не верного своей цели. При этом надо, во-первых, указать на несомненное значение примера (совращение, распространенность гомосексуализма в больших городах, в древности, в южных и восточных странах), на частое соединение его с другими половыми извращениями подобного происхождения (фетишизм, садизм, мазохизм), затем на общие психопатические черты больных. Нужно также заметить, что чувственно окрашенное влечение к собственному полу, сначала в связи с отрицательным отношением к противоположному, представляет совершенно обьщенное введение для находящего впоследствии естественное направление инстинкта полового развития. Решающее значение для извращения могут иметь неудачные попытки
355
половой деятельности (недостаток уверенности в себе, робость, отвращение при унижающих достоинство условиях, боязнь беременности или заражения), поскольку они ведут к онанизму, и при поддержке соответствующего чтения вызывают убеждение в собственном гомосексуальном предрасположении. Борьба со страданием, которая является особенно настоятельно необходимой также для устранения возможности

совращения, начинается с обуздания воображения и впечатлительности, затем необходимо укрепление воли при помощи твердого, близкого к природе воспитания. Пробуждение половых влечений и их осуществление должно по возможности отсрочивать, развитие онанизма и нежной дружбы энергично подавлять. Подобного рода точки зрения следует придерживаться и для позднейшего лечения, которое часто с успехом поддерживается и гипнотическим внушением.

V. Врожденные болезненные состояния

I. Нервность

Общей особенностью "нервных" является раздражительная слабость, преимущественно в области чувств и воли. Умственные способности часто могут быть хорошими, даже блестящими, хотя и развиты односторонне и неравномерно, больше в сторону художественного (живое воображение). На умственные способности вредно влияют сильные эмоциональные движения (страстная увлекаемость, личная окраска восприятий и суждений, непосредственная смена направлений и убеждений), а также слабость воли (повышенная отвлекаемость, недостаток выдержки и последовательности, быстрое угасание после бурного начала). Настроение подвержено иногда беспричинно сильным колебаниям (переменчивость настроений). Оно окрашено преимущественно грустно, окрашено унынием, мировой скорбью, иногда с истерическими проявлениями. Необыкновенно распространен недостаток веры в себя, чувствительность при со-прикосновении с внешним миром, страх перед требованиями и трудностями жизни. Этому до известной степени является противовесом повышенная самооценка, которая при некоторых обстоятельствах позволяет находить удовлетворение в мученическом подчеркивании собственной слабости. На почве чувства своей собственной дефектности обычно появляются ипохондрические опасения, которые влекут за собой потребность в преувеличен-

356

ных заботах о себе, потребность во враче, склонность ко всевозможным лечебным процедурам. Неустойчивость настроений ведет к повышенной раздражительности, непосредственным взрывам чувств, безмерности и восторженности в симпатиях и антипатиях. Движения воли прежде всего стеснены тревожно-стью и сомнениями. Больным недостает решимости, энергии и постоянства. Рядом с этим нередки внезапные импульсивные поступки (необдуманные предприятия, безрассудные браки, попытки самоубийства). Часто имеется склонность к уходу от мира (монастырь), к затворничеству, к бездеятельной жизни, полной планов на будущее, к ограничению образа жизни тесными привычными рамками. Преждевременное пробуждение полового инстинкта ведет здесь сравнительно часто к онанизму, который затем может, с одной стороны, вызвать разного рода жалобы (сексуальная неврастения), а с другой, в связи с обусловленной робостью психической импотенцией открыть дорогу к упомянутым ранее извращениям.

В области телесной мы находим признаки повышенной нервной возбудимости (ускорение пульса, живые сухожильные рефлексы, дрожание), иногда также намеки на отдельные истерические признаки или "тики", однообразные, привычные остатки прежних выразительных движений или признаков робости, стеснения. Образ жизни и особенно питание часто страдают от ипохондрических причуд и капризного культивирования особых вкусов и отвращений. Сон также подвержен различным расстройствам (позднее засыпание, беспокойные сны, бессонница). Многие больные долго страдают ночным недержанием мочи, так как воля имеет лишь недостаточную власть над отправлениями пузыря.

Борьба с нервностью должна будет начинаться с профилактики ее при помощи здорового воспитания. Жизнь в простых условиях, в постоянном общении с природой, лучше всего в деревне, задерживание умственного и содействие телесному развитию, а также укрепление воли при помощи закаливания, те-лесных упражнений и военной выучки имеют здесь значение. Для позднейшего лечения следует руководствоваться подобными же основаниями — разумный образ жизни и регулярная работа. Продолжительное ничего неделание и частые курсы лечений обыкновенно лишь еще больше ослабляют веру в себя; лекарств следует по возможности избегать, вкусовые удовольствия и развлечения ограничивать минимумом.

357

2 Патологические личности (психопаты)

К области пограничной между душевным здоровьем и болезнью принадлежит большое количество людей, которые не представляют никаких выраженных расстройств, но однако вследствие дефектности их предрасположения значительно уклоняются от среднего уровня. Частью здесь дело идет о неразвитых инициальных стадиях действительных психозов, как то маниакально-депрессивного помешательства (маниакальное, депрессивное, раздражительное предрасположение) dementia praecox, частью же также о неудачных индивидуальностях, развитию которых помешали неблагоприятные влияния наследственности, повреждения зародыша или другие рано подействовавшие задержки развития. Из необозримой массы подобных неполноценных личностей мы рассмотрим некоторые формы, поскольку они имеют наибольшее психиатрическое значение.

А. Возбудимые (случай 64). Необыкновенно сильная эмоциональная возбудимость без других бросающихся в глаза расстройств иногда встречается в качестве постоянной индивидуальной особенности, чаще в юности и особенно у лиц женского пола. Она вызывает по самым различным поводам, которые у женщин имеют своим источником особенно любовную жизнь, а у мужчин имеют особое значение влияние алкоголя, сильнейшие взрывы чувств, которые могут выразиться в поступках, руководимых одной страстью,

бессмысленном буйстве и жалобах, иногда также в истерических явлениях (помрачение сознания, обмороки, судорожные припадки). Чаще всего дело может дойти до попыток на самоубийство, которые приводятся в исполнение то несерьезно и бутафорски, а то и с импульсивной силой. Далее надо отметить, особенно у мужчин и под влиянием алкоголя, насилия над живыми и мертвыми окружающими предметами, разрушения, ругательства, опасные нападения. Обычно возбуждения длятся недолго: в течение нескольких часов, быстро или после некоторого времени сердитого непризнания себя неправым наступает успокоение, часто с недостаточным воспоминанием о происшедшем. В промежутках между повторяющимися от времени до времени возбуждениями больные могут быть приветливыми, добродушными, работящими, некоторые обнаруживают несколько беспокойный, самоуверенный, другие сварливый или подавленный характер, может быть в виде намека на маниакально-депрессивное предрасположение; некоторые, далее, являют истерические черты. После 25-ти и особенно 40-летнего возраста эмоциональная возбудимость обычно сильно уменьшается.

358

B. Неустойчивые (случай 65). Слабость и податливость воли, как это свойственно детям и в известной степени женщинам, может у вырождающихся соединяться со средней или даже хорошей умственной одаренностью, именно в сторону художественности (художественные натуры). Но она ведет также к отвлекаемости и поверхностности в области умственной деятельности, а также к преобладанию воображения над суждением. Настроение то повышенное, самодовольное, то с оттенком мировой скорби, чувствительное или раздражительное, переменчивое. Воле недостает самостоятельности и постоянства, она управляется мгновенными желаниями и внешними побуждениями и поэтому в высокой степени доступна всякого рода искушениям (половая жизнь, алкоголь, дурное общество). Недостаток выдержки обусловливает нелюбовь к работе и бесцельный, непостоянный, переменчивый, часто полный приключений образ жизни, который нередко находит завершение в полнейшей опущенности и падении (бродяжничество, проституция). Безвольное отдавание себя во власть внешним и внутренним соблазнам имеет следствием разврат и расточительность, которые влекут за собой материальное разорение (нищенство), а затем наказуемые действия (подлоги, мелкие мошенничества, подделки, кутежи без денег, надувательства при найме), Большое значение имеет также для больных, особенно для мужчин в молодом возрасте, еще более расслабляющее их волю злоупотребление алкоголем. Небольшие затруднения, которые при неспособности к социальной жизни больных довольно часты, достаточны, чтобы вызвать попытки к самоубийству, обыкновенно несерьезного характера. Нередко наблюдаются истерические расстройства. Неустойчивость, которая обыкновенно проявляется при выходе из под защиты семьи, может с полным созреванием личности, до известной степени, уменьшиться, если она не усиливается под влиянием злоупотребления алкоголем. Кроме закаляющего, по возможности, волю воспитания (здоровая совместная работа, регулярное исполнение обязанностей, телесные упражнения), важнейшей мерой лечения является воздержание от алкоголя.

C. Импульсивные. Преобладание несдержанных импульсивных стремлений над вытекающими из здорового размышления волевыми решениями, характеризует небольшую группу болезненных индивидуальностей, преимущественно мужчин, которые часто при довольно хорошей умственной одаренности и иногда также при выраженных интеллектуальных склонностях, обнаруживают непонятные слабости в их образе жизни. Сюда принадлежат, во-первых, неисправимые моты, которые без всякого

359

внимания на свои средства бросают деньги пригоршнями, чтобы разыгрывать роль и удовлетворять свою жажду удовольствий. Высокая самооценка, самомнение, склонность к хвастовству и неразумная вера в счастливое будущее удаляют от них всякие сомнения. Естественно, они быстро попадают в безнадежное стесненное положение и легко дают себя склонить к мошенничествам, подлогам, даже к воровству. Далее, надо упомянуть о бесцельных странниках (случай 69), своеобразное непостоянство которых не позволяет им нигде основаться твердой ногой, а по истечении короткого времени, несмотря на все разумные основания, снова гонит их вдаль, часто в чуждые страны (“восточные гости”). Их атавистическое стремление к свободе заставляет их постоянно чувствовать узы общественной жизни как невыносимые цепи. Это стремление выражается также в убегании учеников и подмастерьев, оно, однако, лишь изредка остается после годов полового развития. Здесь, как везде, злоупотребление алкоголем благоприятствует импульсивности поступков; может также, особенно в связи с состояниями депрессии, повести к периодическому запою с бессмысленным, внезапно усиливающимся обильным употреблением спиртных напитков, за которым затем следует полное раскаяния отрезвление. Так как упомянутые импульсивные влечения большей частью достигают своего полного развития только у взрослых, то всякое лечение, кроме само собой понятного воздержания от алкоголя, обычно — бесплодно.

В близком родстве с импульсивными находятся, повидимом у так называемые “аффект-эпилептики”, у которых рядом с импульсивностью действий (склонность к странствованию и периодическому запою), с истерическими чертами, раздражительностью, наблюдаются отдельные эпилептиформные припадки, иногда также сумеречные состояния.

Д. Сварливые (случай 66). В противоположность к быстро угасающим эмоциональным вспышкам возбудимых, мы находим у небольшой группы сварливых патологически длительную и упорную раздражительность, возникающую от трений общественной жизни. Преувеличенная самооценка, сильно

индивидуальная окраска восприятий и суждений, беззастенчивость, эгоизм и упрямство приводят больных к бесчисленным столкновениям с самыми разнообразными лицами и властями, причем они настаивают на своих требованиях с величайшим озлоблением; они лишь тогда успокаиваются, когда возраст или жизненные обстоятельства до известной степени их измотали. При всей страстности и отсутствии понимания со стороны больных, все-таки они не создают настоящего бреда; их тяжбы также не имеют одной об-
щей исходной точки. Удаление из враждебной среды, устранение того или иного камня преткновения, благожелательное посредничество часто в состоянии успокоить больного на более или менее продолжительное время.

E. Лгуны и мошенники (“Pseudologia phantastica”). Если дефектное предрасположение воли соединяется с живым воображением, то, таким образом, создаются условия для появления тех болезненных лгунов и мошенников (случай 67), чьи измышления служат не только эгоистическим целям, но и отвечают внутренним эмоциональным потребностям. Способность быстрого усвоения и хорошая память на мелочи обычно способствуют здесь приобретению всестороннего, но чрезвычайно поверхностного знания, которым больные пользуются с большой живостью ума. Вместе с тем наблюдается склонность к мечтательности, к измышлению или разукрашиванию несу шествовавших переживаний, радость при уничтожении границ между действительностью и воображением. Таким образом, создается все новое хвастовство и преувеличения, при которых собственная личность выставляется в блестящем, часто меняющемся освещении как по происхождению, так и по прошлому, способностям, общественному положению и видам на будущее. Двигающим началом при этом является сильно повышенное самомнение, которое лишь временно омрачается поверхностными изменениями настроения (тревожность с бутафорскими попытками к самоубийству, сокрушение о своих поступках, раздражительность, взрывы бешенства). Волевому предрасположению не хватает выдержки и высших стремлений. Больные непостоянны, легкомысленны и жадны на удовольствия, живут беззаботно изо дня в день и прибегают к представляющимся им возможностям наживы, к случайному воровству, к мошенничеству и обману в самом различном виде (мошенничество при займах, при найме, женитьбе, при требовании задатков, кутеж без денег, знахарство, надувательство, симуляция болезни), причем их дар речи, их умелая манера держаться и их актерские способности оказывают им прекрасные услуги. Очень часты, у эмоционально легко возбудимых больных истерические явления, иногда в виде выраженных сумеречных состояний, особенно при тюремном заключении. Если нередко встречающаяся у детей склонность ко лжи и мечтательности обычно с созреванием личности пропадает, то при сохранении этой особенности за 20-ти летний возраст виды на будущие делаются крайне грустными; обычно остается только одно средство — ограничение свободы.

360

361

F. Враги общества (антисоциальные). Последняя группа вырождающихся попадает в конфликт с требованиями общественной жизни благодаря их болезненной бессердечности (случай 68), благодаря отсутствию тех мотивов действия, которые проистекают из любви к ближнему и чувства принадлежности ко всему человечеству. Близорукое, направленное лишь на близлежащее мировоззрение, недостаток любви к истине, тщеславие, нелюбовь к работе соединяется с равнодушием или даже враждебностью к родителям, братьям и сестрам, с диким непослушанием, недоступностью для похвалы и наказания, жаждой удовольствий, ранним пробуждением половых влечений, безудержным отдаванием себя во власть возникающим похотям. Таким образом, уже в юности дело доходит до общественно-опасных деяний, которые быстро принимают серьезные формы (воровство, подлоги, вымогательства, обман, лжесвидетельство, при известных обстоятельствах поджог и убийство с целью грабежа, изнасилование). Так как исправительные влияния остаются без действия, то развивается безнадежный рецидивизм, не из слабости, как у неустойчивых, а из прямого противоречия общественному порядку, в которое больные вживаются; они делаются профессиональными преступниками, которые с сознанием цели и без раскаяния ведут борьбу с враждебным им законом. У большинства детей, которые обнаруживают противообщественные склонности, последние с созреванием личности исчезают, подобно тому как у здорового ребенка нравственное чувство и действие развиваются лишь постепенно благодаря воспитанию, примеру и развитию более высоких душевных побуждений. Небольшая же группа остается навсегда бессердечно эгоистичной и неподатливой для воспитания; их можно поэтому рассматривать как “врожденных преступников”, или врожденных проституток. Здесь часто можно доказать наличность неполноценного предрасположения и повреждения зачатка (алкоголизм или сифилис родителей); нередки также физические признаки вырождения. Жизнь подобного рода людей протекает большей частью по тюрьмам и психиатрическим больницам. Чтобы лишить их возможности размножаться, в Америке, в широком масштабе практикуется перерезывание семевы-водящих протоков.

3. Задержка психического развития. (Олигофрении) (Случ. 24, 70-74)

Неправильности психического развития могут возникнуть, с одной стороны, на почве дефектного предрасположения вслед-

362

ствие наследственного вырождения или повреждения зародыша, с другой стороны, вследствие болезненных процессов, которые поражают эмбриональный мозг; в последнем случае болезнь соединяется с разрушением

той или другой части мозга. К сожалению, в настоящее время мы часто не в состоянии различать обе эти возможности. Отдельные определенные формы болезни, о которых известно, что они являются почвой для задержки психического развития, уже описаны нами в различных местах (ама-уротическая идиотия, туберозный склероз, энцефалит, сифилис мозга, гидроцефалия, кретинизм, дизаденоидные заболевания).
А. Кроме этого остается, однако, еще большое число случаев, в которых признаки определенных болезненных процессов не могут быть установлены и надлежащее суждение о причинах дефекта не может быть сделано. Здесь мы временно останавливаемся на группировке наблюдений исключительно по степени дефекта: как главные ступени выделяются идиотия, имбецильность и дебилъность. Как масштаб лучше всего служит сравнение с возрастными ступенями развития детей, хотя при этом не должно забывать, что здесь дело идет не о простой отсталости, но о патологических неправильностях у недоразвившихся субъектов. Принимая за основу периоды, границей которых является развитие речи, начало школьного обучения, начало и завершение полового развития, можно тяжелые и легкие формы идиотии приравнять соответственно к возрастам до 1 года и до 6-и лет, имбецильность состоянию до 14-и летнего возраста и дебильность периоду до исполнения 18-и лет. Более точный масштаб для определения дает метод Binct—Simon'a (см. отд. VII).
а) Идиотия (случ. 71, 72, 73). У глубоких идиотов восприни-мание внешних впечатлений затруднено прежде всего вследствие недостаточности внимания (неумение обратить взор на что-нибудь, следить глазами, прислушиваться); внимание может быть в крайнем случае возбуждено лишь кратковременно, преходяще и только очень сильным раздражителем. Вследствие этого получаются только скудные и расплывчатые восприятия, которые к тому же не приводятся в связь одно с другим и не удерживаются прочно. Возникновение более сложных представлений, которые образуют предпосылки для развития мышления поэтому невозможно; сознание слагается только из отдельных ощущений и чувственных впечатлений. Узнавание, вместе с этим истолкование прежде бывших чувственных раздражений совершается в лучшем случае только в несовершенной форме (никакой радости при виде родных, никакой боязни пред чужими). Эмоциональ-
363
ная жизнь остается тупой (ни смеха, ни плача), и чувство неудовольствия выражается только в криках и гневливых вспышках. Половые инстинкты, как правило, отсутствуют, иногда лишь рано развивается онанизм. Волевые движения почти совершенно не имеют связи с внешним миром, нет стремления ни к подражательности, ни к играм, ни к каким-либо занятиям. Они ограничиваются, если больной не смотрит как бы задумавшись тупо перед собой, инстинктивными движениями: сосанием, царапанием, кусанием, щипанием, ломанием, рваньем; кроме того постоянно или по временам наблюдаются равномерные, однообразные движения: покачивание, похлопывание, подпрыгивание, размахивание, топтание на одном месте (случай 72). Некоторые больные обнаруживают необыкновенное, беспорядочное, импульсивное беспокойство. Управление даже самыми простыми мускульными движениями — умение прямо держаться, стоять, ходить, брать что-либо — остается часто весьма несовершенным; движения неловки, неуклюжи, порывисты. Речь совсем неразвита или ограничивается отдельными звуками, понятными только знающим их. Почти всегда больные неопрятны, мочатся под себя, мажутся едой, позволяют слюне течь изо рта.
При менее глубоком повреждении психической жизни (случай 71), больные в состоянии воспринимать ряд повседневных впечатлений, узнавать знакомые предметы и перерабатывать простейшие представления. Однако они не в состоянии образовать общие понятия, особенно понятия времени, пространства, оценки, количества (счет). И в остальном их мысли вращаются в области непосредственного опыта; запас их представлений остается скудным. Настоящее школьное знание не может быть ими приобретено. Настроение их по большей части веселое, реже угрюмое, тревожное или раздраженное. Половая жизнь также и здесь, как правило, остается не развитой, а иногда идет по неправильным путям. Занятия ограничиваются самыми простыми, однообразными работами. У больных нет никакой самостоятельности, планомерности, способности приспособления, они легко отвлекаемы, податливы, не обладают терпением. Неловкость, неуклюжесть, недостаток соразмерности движений, часто с прибавлением бесцельных движений показывают, как мало умеют больные распоряжаться своими членами; в подобном же смысле нужно толковать и частое ночное недержание мочи. Речь остается на уровне аграмматизма, или выражается в однообразных, недостаточно соединенных оборотах; кроме того отмечается несовершенство выговора (детскость речи, смазывание, пропуски отдельных букв, образование своих слов или исковер-
364
кивание их). Письмо ограничивается отдельными, едва читаемыми группами букв.
Часто у идиотов обнаруживаются также и всевозможные соматические дефекты, которые являются либо выражением общей задержки развития, либо признаком болезни: остановки в росте тела, реже чрезмерный рост, малой величины голова, иногда чрезмерно большая голова, неправильная форма черепа, ушей, половых органов, твердого неба, зуд, недостаточная волосистость, следы рахита и сифилиса (случай 24, 73), дефекты органов чувств, аденоидные разращения.
в) Имбецильность (случай 70, 74). При имбецильности, хотя простейшие школьные знания и приобретаются, но самостоятельное применение их невозможно. Психическая переработка восприятий страдает от несовершенства в образовании понятий, благодаря чему возможно лишь в ограниченной степени образование общих представлений и включение в них нового запаса опыта. Больные усваивают поэтому только

повседневно необходимое; у них нет никаких общих взглядов, нет психической мерки, нет понимания других людей, окружающего их, они не могут отличить существенное и важное от побочного и случайного. Сравнение, суждение, заключение приводит их к поверхностным, превратным и извращенным выводам, поскольку им не приходится вращаться в области заученных, полупонятых и даже совсем непонятых ими речевых навыков. Их настроение то веселое, самодовольное, то пугливое, тревожное, или угрюмое раздражительное. Их половая жизнь обычно слабо развита, но они легко поддаются соблазнам и уклонениям с пути. Более глубоких чувств по отношению к другим людям, исключая некоторой детской ласковости, не развивается у них. В их поведении сказывается временами недостаток предусмотрительности и общего представления о вещах, временами их полный эгоизм и отсутствие общей жизненной цели. Больные не могут приспособить своего поведения к изменившимся условиям, позволяют руководить собой минутным желаниям и случайным побуждениям, стремятся к удовлетворению только самых ближайших потребностей, не имеют ни самообладания, ни энергии, ни выдержки. Так как они годны только для самых простых работ, да и здесь они часто ненадежны и неловки, при этом они без самостоятельных стремлений легко поддаются влияниям и особенно легко уступают всякому соблазну, то они часто меняют место и занятия. Многие делаются нищими и бродягами, другие мелкими ворами — рецидивистами, мошенниками, а также проститутками. В моменты эмоциональных вспышек и в опьянении

нередко они совершают опасные преступления. В их пустых, невыразительных чертах, недостаточно гибких движениях, в их недоразвитой, детской манере говорить, более или менее обнаруживается их неполноценное предрасположение.

с) Дебильностъ. Ступенью выше стоят дебильные, которые уже в состоянии при известной потере времени и усилий достигнуть известной степени психического образования, однако очень больших надежд оправдать не могут и они. Обладая способностями к отдельным предметам, они учатся с трудом, легко забывают или неспособны к действительному усвоению и переработке приобретенных знаний. Их понимание не поднимается выше самых обыденных представлений, удовлетворяется в существенном перениманием чужих мнений и суждений; им не достает психической самостоятельности. Их эмоциональная жизнь и их воля также легко поддаются внешним влияниям. Они поверхностны и неустойчивы в своих привязанностях, внушаемы в своем поведении. К этому часто присоединяются всевозможные психические дефекты: раздражительность, упрямство или тупость, импульсивные желания, неустойчивость, боязнь работы. Если при этом под заботливым надзором или под кровом своей семьи они часто без особых затруднений проводят свою жизнь и даже, быть может, удовлетворительно могут исполнять какие-нибудь скромные служебные обязанности, то предоставленные самим себе они необыкновенно легко сбиваются с пути и поставляют, таким образом, значительную часть мелких привычных воров “и мошенников, бродяг и проституток.

B. Монголизм. Среди большого числа идиотов находятся некоторые, которые их плоским, слегка обрюзглым лицом, с маленьким тупым носом, со складкой epicantus у внутреннего угла глаза, косо поставленными глазами напоминают монголов и очень похожи друг на друга. Рост, как правило, несколько отстает в развитии, череп короткий, язык большой и с трещинами, суставы кажутся расслабленными. Часто заметны признаки гипотиреоидизма (пупочная грыжа, ожирение, запоры), которые улучшаются при соответствующем лечении, без того, однако, чтобы это лечение оказывало влияние на общее состояние. В психической области больные обнаруживают известную поверхностную живость, веселый, ласковый характер со склонностью к шуткам и проказам, но весьма малую способность к образованию, так что планомерное школьное обучение, большей частью, едва ли возможно; речь остается детской. Больные обладают весьма малой сопротивляемостью относительно ин-

фекций (блефариты, туберкулез) и их жизнь поэтому имеет только очень небольшую среднюю продолжительность. Так как в этих случаях дело идет, как показывают наблюдения, о последних отпрысках многодетных семей, или о детях старых или слабых (туберкулезных) родителей, можно предполагать, что мы здесь имеем дело с “продуктами истощения”; возможно однако, что здесь играет какую-нибудь роль и заболевание закрытых желез.

C. Инфантилизм. Если мы вообще психику олигофреников можем сравнивать с психикой детей того или другого возраста, то среди них оказывается небольшая группа, у которой также и телесное развитие обнаруживает отсталость в развитии и на глаз заметно не соответствует возрасту. У этих “инфантильных” и вес, и рост ниже среднего; половая зрелость наступает поздно или вовсе не наступает и вторичные половые признаки (волосистость, перемена голоса у мужчин, развитие бедер, отложение жира, грудные железы у женщин), остаются не вполне развитыми. Также и душевная жизнь представляет черты незрелости: отвлекаемость, недостаточное образование понятий, чрезмерность воображения, поверхностность эмоциональных движений, несамостоятельность и податливость воли. Сущность и происхождение инфантилизма не единообразны. Быть может наследственное вырождение может вызвать подобную задержку развития, но одной из несомненных причин является повреждение зародыша, прежде всего сифилисом, но также алкоголизмом, туберкулезом или другими подобными общими заболеваниями. Наконец, также и тяжелые расстройства питания в периоде детства может вредно повлиять на процесс созревания (“дистрофический инфантилизм”).

Лечение олигофрении, поскольку в основе ее не лежат поддающиеся воздействию причины (сифилис,

дистиреодизм), ограничивается поднятием общего состояния здоровья и терпеливым воспитанием еще сохранившихся способностей по возможности до возможно полного их развития. Усвоение простейших впечатлений, различение их, образование представлений и понятий, сохранение равновесия, упражнение в простейших движениях, овладение формами разговорной речи, все, чему здоровый ребенок выучивается играя, здесь должно быть шаг за шагом пройдено при посредстве особых соответствующих духовному состоянию ребенка мероприятий и вспомогательных пособий. При более тяжелых дефектах это возможно только в особых учреждениях совместно с другими детьми, страдающими той же болезнью, но и слабоумные меньшей степени

367

нуждаются обыкновенно, по крайней мере, в обучении во вспомогательных школах с их менее широко постановленными целями, с их упрощенным курсом и с их учительским персоналом, получившим специальную подготовку. И в их дальнейшей жизни они требуют о себе длительных забот, чтобы жить без большого вреда для себя и для других (руководство в выборе профессии, дальнейшее образование, рабочие учебные колонии, подыскание работы, освобождение от военной службы).

III. СОСТОЯНИЯ И БОЛЕЗНИ

При наших клинических наблюдениях мы неоднократно убеждались, что в течение одной и той же болезни могут следовать одна за другой совершенно различные картины. Ни одна из этих меняющихся “картин состояний”, Zustandsbilder как их назвал Kahlbaum, не является поэтому сама по себе характерной для определенного процесса; большей частью они представляют собой выражение известного общего изменения душевной жизни, которое одинаково может повторяться при совершенно различных болезнях. Во всяком случае, картины состояний, свойственные определенным психозам, никогда не будут тождественны, так как условия их возникновения разнятся в каждом отдельном случае в очень существенных пунктах. Однако довольно трудно, особенно для начинающего, правильно оценить в картинах состояний различного происхождения тонкие, долгим опытом выясняемые отличительные признаки. Особенно обманчивым во многих случаях является то обстоятельство, что обращающие на себя внимание симптомы болезни могут оказаться совершенно несущественными для распознавания, в то время как совсем на вид незначительные особенности дают возможность делать важные заключения о сущности имеющегося на лицо болезненного процесса. Поэтому, быть может, окажется полезным перечислить здесь отличительные свойства некоторых наиболее распространенных синдромов, которые могут иногда служить основанием для заключения о принадлежности этих синдромов к той или иной клинической форме болезни. Как основное положение следует помнить, что не отдельный признак, а только общая клиническая картина является решающей для правильного диагноза.

369

I. Амнестический (Корсаковский) синдром

Амнестический (Корсаковский) синдром*, слагающийся из сильного расстройства способности запоминания и псевдореминисценций, которые в известных пределах могут внушаться путем беседы.

a) Картина эта характерна для самой тяжелой формы алкогольного слабоумия, для Корсаковского психоза (случай 45), воспоминания недавнего прошлого, а подчас и за многие годы, полны пробелов и расплывчаты, ориентировка во времени, месте и окружающем нарушена, настроение — тупое или безразличное, без сознания болезни, часто юмористическое; одновременно наблюдается большая слабость воли. Как правило, можно обнаружить признаки алкогольного неврита.

b) Подобные состояния встречаются часто при сифилисе мозга, нередко сопровождаясь приподнятым настроением и отдельными бредовыми идеями, а также галлюцинациями слуха. Наряду с этим удается обнаружить серологические и цитологические признаки сифилиса мозга, в большинстве случаев также и отдельные нервные расстройства (неподвижность зрачков, параличи глазных мускулов).

c) Амнестический синдром нередко развивается также после травм черепа при этом почти всегда наблюдаются пробелы воспоминаний, касающихся несчастного случая, но без повреждения памяти для более далекого прошлого. Преходяще можно наблюдать делирантные возбуждения (случай 37).

d) Известное сходство с Корсаковским синдромом обнаруживает пресбиофрения (случай 35). Не говоря уже о том, что здесь преклонный возраст (свыше 70 лет) указывает на природу страдания, мы встречаем здесь наряду с сильнейшим расстройством способности запоминания, тяжелое расстройство памяти, простирающееся вплоть до воспоминаний детства, кроме того большую слабость суждения, которая делает возможным самые грубые противоречия в области чувственного опыта. Со стороны настроения обнаруживается беспричинная веселость.

e) В некоторых случаях маниакально-депрессивного психоза задержка интеллектуальной деятельности может симулировать амнестический синдром. Но в сущности мы здесь имеем дело, главным образом, с общим недостатком осмышления, который может быть на время преодолен сильным возбуждением или на-

Порядок распределения материала оставлен таким же, как в оригинале. Там это распределение сделано по алфавиту.

370

пряжением воли. Больные явственно ощущают свою неспособность, производят впечатление беспомощных, растерянных.

2. Припадки
Судороги, подергивания, обмороки, преходящее помрачение сознания.
а) При большом судорожном припадке эпилепсии (случай 51), появляются после предвестников (aura), или без таковых, сопровождаясь внезапной потерей сознания, тонические судороги всего тела, к которым некоторое время спустя присоединяются клонические подергивания всей мускулатуры. Припадок в целом длится несколько минут. Нередко при этом происходит прикусывание языка, непроизвольное опорожнение пузыря, реже кишок; кроме того при неожиданном падении и судорогах больные могут получить повреждения. Сокращенные припадки — это ограниченная неподвижность или подергивания отдельных мускульных групп без потери сознания, обмороки, кратковременная потеря сознания без судорог (головокружение, “absences”).
Появление эпилептических припадков не дает еще основания к установлению без дальнейшего болезни эпилепсии (“гену-инная эпилепсия”, случай 49, 51); имеется еще также “симптоматическая” эпилепсия. При первой, которая уже обычно проявляется в юности, припадки повторяются в течение ряда лет и десятилетий с известной равномерностью, чаще группами, нередко ночью. Почти всегда наряду с сильными судорожными припадками, которые могут при случае и совсем прекратиться, имеют место сокращенные припадки различного рода, далее психические “эквиваленты”, сумеречные состояния, периодическое расстройство настроения. Наконец, как правило, развивается большее или меньшее сужение духовного кругозора, ограниченность, мелочность, себялюбие, часто также повышенная раздражительность, особенно в известные моменты.
В качестве сопровождающих явлений эпилептические судорожные припадки могут появляться при различных болезнях, особенно при таких, которые вызваны действием ядов: при острых инфекционных болезнях у детей, при уремии (случай 19) и эклямпсии. Так же надо помнить и “алкогольную эпилепсию” у старых пьяниц, в особенности в связи с делирантными явлениями, (случай 43, 45), которая ограничивается единичными, очень тяжелыми судорожными припадками. Также и при раннем слабоумии (случай 2), бывают единичные, реже повторные, эпилепти-
371
формные припадки, то в виде судорог, иногда связанных с явлениями паралича, то обмороков; в некоторых случаях припадки апоплектического характера, сопровождающиеся внезапной смертью. Далее, к симптоматической эпилепсии должна быть отнесена, так называемая “поздняя эпилепсия”, появляющаяся в большинстве случаев при артериосклерозе и протекающая в форме судорог и приступов головокружений. Тоже самое относится и к сопровождающей сифилис мозга сифилитической эпилепсии, дебютирующей часто параличами (случай 23, 24). В этом случае припадки подчас достигают чрезвычайной частоты, в промежутках же, в противоположность к состоянию при statuse генуинной эпилепсии (случай 51), сознание проясняется чрезвычайно быстро.
в) Корковая эпилепсия. Если судорожные припадки на долгое время или хотя бы только в начале ограничиваются только определенной областью мускулатуры, то приходится предположить, как причину этих судорог, существование очаговых изменений мозга. При генуинной эпилепсии это только в исключительных случаях имеет место; кроме этого, не следует упускать из виду другие ее отличительные признаки (см. а). Обычно речь идет о местных разрушениях, рубцах {травматическая эпилепсия, случай 38), энцефалитических очагах (церебральный детский паралич, случай 73). опухолях, абсцессах. При дальнейшем течении эти первоначально местные судороги могут все же получить общее распространение.
с) Как один из подвидов корковой эпилепсии следует рассматривать паралитические припадки (случай 31—32). Судорожные явления могут в этом случае распространяться на отдельные мускульные группы или же соответственно положению моторной зоны коры переходить с одной части тела на другую. Обычно остаются явления выпадения (параличи, слабость, расстройство речи), но они поразительно быстро исчезают, так как имеют основанием лишь микроскопические повреждения клеток. Наряду с припадками корковой эпилепсии можно также наблюдать при параличе эпилептиформные (случай 33) и апоплектиформные припадки.
Ь) Апоплектические припадки (случай 34) мы определяем как внезапную потерю сознания, либо быстро ведущую к смерти, либо вызывающую большей частью гемиплегию, в начале вялую, а затем спастического характера, иногда в сопутствии с другими явлениями выпадения (афазия, словесная глухота, центральное расстройство зрения, апраксия). Причиной является закупорка сосудов или же мозговые кровоизлияния, как последствие арте-
372
риосклеротических или сифилитических заболеваний сосудов; реже эмболии (эндокардит, метастазы). Параличи исчезают только частично, быстрее всего в ноге; то же надо сказать и относительно других явлений выпадения. Исключение составляют апоплектиформные припадки у паралитиков, у которых последствия поразительно незначительны и могут быстро исчезнуть.
е) Истерические припадки, вызванные душевными волнениями, представляют только одно лишь внешнее сходство с описанными синдромами (случай 55, 56). В большинстве случаев, хотя и не всегда, они связаны с каким-либо переживанием и вследствие этого учащаются при наличии повода, чтобы потом на долгое время опять совершенно исчезнуть. Они чаще всего встречаются в юношеском возрасте, особенно у женщин; у мужчин они проявляются лишь позднее и почти исключительно под влиянием алкоголя (случай 57).

Припадок происходит менее внезапно, чем эпилептический, часто лишь несколько часов спустя после эмоционального возбуждения; нередко удается его вызвать внешним воздействием.
Помрачение сознания в большинстве случаев менее глубоко: реже поэтому имеют место повреждения, прикусывание языка, непроизвольное мочеиспускание. Однообразные судороги заменяются более сложными движениями, схожими с беспорядочными внешними проявлениями бурных душевных потрясе-ний: выворачиванием глаз, толчкообразными судорогами, изгибанием, катанием по земле, опрокидыванием, сжатием кулаков, скрежетом зубов, битьем и кусанием, стонами и криками. Течение припадка бывает самое различное; длительность может с короткими перерывами достигнуть нескольких часов и даже дней. До известной степени можно оказать влияние на длительность припадка. Беспрерывный уход за больным удлиняет и усиливает припадки, в то время как необращение на них внимания ведет к ослаблению их; часто удается положить им конец неприятным для больного вмешательством, давлением на известные части тела, уколами, фарадизацией, обливанием водой. Наряду с этими судорожными состояниями встречаются еще часто другие формы припадков: обмороки, ступорозные состояния, припадки сна, ночные блуждания, сумеречные состояния. Иногда на истерической почве можно наблюдать припадки, которые совершенно напоминают эпилептические, а именно при так называемой “аффект — эпилепсии”, которая чрезвычайно родственна истерии. Вне истерических припадков во многих случаях можно обнаружить “stigmata”: сужение поля зрения, неравномерное расстройство ощущений, отсутствие рефлексов глоточного, со
373
слизистых и с роговой; все эти симптомы не вполне надежны, быть может оттого, что отдельные истерические признаки при случае могут появляться при самых разнородных болезнях (алкоголизме, эпилепсии, психопатии). Для распознания болезни большое значение имеет длительное существование повышенной эмоциональной возбудимости, повышенная внушаемость и непостоянство, столь свойственные истерии.
Следует заметить, что и всевозможные соматические заболевания могут при известных обстоятельствах вызвать истерические симптомы.
Малые, часто повторяющиеся припадки, обычно — эпилептического происхождения; у детей, однако, встречаются, по-видимому, формы, имеющие другое значение.
3. Хорея
a) Наиболее частая ее форма это — вызванная инфекцией Сиденгамовская chorea minor (случай 20), к которой может быть также отнесена и chorea gravidarum. Болезнь эта развивается в молодом возрасте, остро или подостро, в связи с лихорадочной болезнью, прежде всего при суставном ревматизме, очень часто при явлениях эндокардита. Подергивания, которые могут, перескакивая, коснуться всех мускульных групп, происходят толчками, чтобы затем, все замедляясь, совсем прекратиться. При тяжелых случаях сознание несколько затемнено; иногда имеют место сноподобные делирии, отдельные галлюцинации и бредовые идеи.
b) В противоположность этому Гунтингтоновская хорея — болезнь на почве наследственного предрасположения, незаметно развивающаяся в среднем возрасте и постепенно ведущая к слабоумию. Больные отличаются умственной тугоподвижно-стью, слабостью суждения и памяти, тупостью и раздражительностью, у них наблюдаются отдельные бредовые идеи. Подергивания, в общем, не так резки и происходят медленнее, чем при Сиденгамовской хорее.
c) Послегемиплегической хореей называют те подергивания, которые подчас появляются в парализованных органах и, очевидно, родственны атетозу. Они, по весьма понятным причинам, чаще всего распространяются на половину тела.
D) Об истерической хорее может быть речь постольку, поскольку у истериков появляются и длятся некоторое время движения с подергиваниями, схожие с таковыми при хорее; подчас они появляются как подражание этим последним. Сюда же дол-
374
жен быть отнесен и Paramyolonus multiplex, при котором то в одном, то в другом месте возникают подергивания. Причина возникновения припадков — в большинстве случаев эмоциональные волнения.
4. Сумеречные состояния
Сумеречные состояния — это преходящее помрачение сознания в сопровождении делирантных явлений или без них.
a) Эпилептические сумеречные состояния (случай 49, 50), в общем характеризуются тем, что больные замыкаются от внешнего мира, скупы на слова, раздражительны, малодоступны и не поддаются влиянию. Часто имеет 'лесто большое напряжение, связанное со страхом, сопровождающееся устрашающими галлюцинациями и соответствующш и бредовыми идеями, которые могут привести к совершенно ни с чем не считающимся актам насилия. Правильное распознание может быть облегчено появ-лением у больного других эпилептических признаков, а также свойственным эпилепсии длительным изменением личности.
b) При истерических сумеречных состояниях (случай 56, 57), получает перевес игривое, театральное поведение, большую роль играют при этом явления вытеснения (случай 52), отрицание действительности во имя воображаемого жизненного положения. Сюда же относится и “разговор мимо темы” при Ганзеров-ском сумеречном состоянии и полная недоступность для внешних воздействий при

ступоре у арестантов. Невосприимчивость при уколах иглой, концентрическое сужение поля зрения и другие истерические симптомы могут в той же мере служить для разъяснения данного случая, как и общие свойства больного вне сумеречного состояния, и проявление этого последнего под влиянием особенной причины (эмоциональное возбуждение, арест). Сумеречные состояния с незначительным помрачением сознания и сохранением рассудительности (“делирии с сохранением сознания”) по преимуществу истерического происхождения; их можно наблюдать особенно у “аффектэпилептиков”.

c) Также и ажитированное опьянение (случай 50, 64), вызываемое алкоголем у болезненно возбудимых людей, помрачение сознания с бурным волевым возбуждением, следует, быть может, отнести к сумеречным состояниям.

5. Делирантные состояния

Делирантные состояния — помрачение сознания со снопо-добными бредовыми переживаниями. Как преходящий ингреди-

375

ент делирии наблюдаются при всех формах душевных болезней, например, при мании, старческом слабоумии, параличе, преждевременном слабоумии. Анамнез, течение болезни, а также характерные сопутствующие явления делают обычно возможным определить болезнь. Более самостоятельное значение делирии приобретают прежде всего при некоторых отравлениях и инфек-циях.

a) Токсические делирии. Целый ряд ядов производит возбуждающее и одновременно оглушающее действие на мозговую кору. Сюда относятся опьянение опием с его снами, дающими счастье, при полном параличе воли, опьянение гашишем с сильным расстройством общего чувства, иногда с возбуждением, атропинный делирий с зрительными галлюцинациями, неприятными ощущениями и живым беспокойством, наркоз закисью азота с делирант-ными переживаниями сексуального характера и многие другие более редкие и до сих пор мало исследованные формы отравления. Гораздо большее значение должно быть приписано белой горячке пьяниц (случай 43), которую мы имеем основание считать результатом самоотравления на почве нарушения обмена веществ. Отсутствие ориентировки при сохранении рассудительности, тяжелое расстройство усвоения восприятий и способности к запоминанию, необычайно живые, легко внушаемые галлюцинации, особенно зрения, наполовину юмористическое, наполовину тревожное настроение, беспокойство со стремлением к обычной деятельности, сильное дрожание и часто сопутствующие алкогольно-эпилептические припадки — все это составляет одну из наи-более характерных и хорошо изученных картин болезни. Ей, очевидно, родственны делирии при уремии (случай 19) и эклампсии с их эпилептиформными прападками; первая может быть обнаружена констатированием болезни почек и увеличением остаточного азота в крови, последняя по ее отношению к беременности. Наконец, здесь остается еще упомянуть кокаинный делирий (случай 48), при котором наблюдаются галлюцанации слуха, общего чувства и микроскопические галлюцинации зрения вместе с бредом преследования (бред ревности), волевым возбуждением и скачкой идей. Здесь почти всегда существует тесная связь с морфинизмом.

b) Самой распространенной формой инфекционных делириев являются лихорадочные делирии с более или менее сильно извращенным восприятием окружающего и с причудливыми переживаниями. Порой этот делирии сопровождается живым беспокойством, тревожного или веселого характера. Наличность лихорадочного заболевания большей частью облегчает правильное распознание. При септических делириях, которые начинаются с состояния неосмысленности, спутанности, слабо выраженного, реже более резкого беспокойства; температура тела может быть субнормальной. Менингитические и энцефалитические делирии сопровождаются большей частью определенными явлениями мозгового раздражения (судороги) или параличами. Хореатические делирии, сопровождаемые неосмысленностью и отдельными галлюцинациями (случай 20), безошибочно распознаются благодаря сопутствующим подергиваниям.

При редко встречающихся “инициальных делириях”, которым дебютируют брюшной тиф, сыпной тиф, оспа, мы имеем дело с состоянием легкой оглушенности, сопровождаемым галлюцинациями и депрессивными бредовыми идеями или же бурным возбуждением, которому сопутствует глубокое помрачение сознания, сравнительно реже бывает веселое настроение. Возникающие под влиянием внезапного падения температуры “кол-лапсделирии” принимают форм1' резкого возбуждения со спутанностью и многочисленными галлюцинациями. Распознавание должно в этих случаях опираться прежде всего на сопутствующие соматические явления.

c) Травматические делирии (случай 37), обусловленные грубым повреждением мозга, характеризуются затруднением усвоения восприятий, неосмысленностью, дезориентировкой, расстройством способности запоминания, склонностью к псевдореминисценциям, повышенной отвлекаемостью и то веселым, то раздраженным настроением и беспокойством. Воспоминание о несчастном случае обычно исчезает (ср. 1, Ь). Сюда могут присоединиться обусловленные повреждением мозга явления раздражения или выпадения.

Ь) Эпилептический и истерический делирий различаются согласно указаний, приведенных в п. 4, а и Ь.

6. Депрессивные состояния

Тревожное или подавленное настроение встречается при всевозможных формах душевного заболевания. Здесь идет речь лишь о тех формах, при которых данные состояния наблюдаются продолжительное время.

а) Меланхолические состояния, принадлежащие маниакально-депрессивному психозу, образуют главную

массу относящихся сюда наблюдений (случай 1—3). Они характеризуются прежде всего затруднением усвоения восприятий, мышления и волевых актов. Это затруднение дает себя знать чувством беспомощности
376
377
u
больного даже в тех случаях, когда оно мало сказывается во внешних проявлениях (рассеяность, тугоподвижность мысли, нерешительность). Основу этих болезненных явлений составляет резко выраженное тревожное или подавленное настроение, внешнее выражение которого может исчезнуть, поскольку это относится к ступорозным состояниям, благодаря задержке воли. В более легких случаях душевное состояние производит впечатление естественного более или менее мотивированного растрой-ства настроения, тем более что оно и в самом деле нередко непосредственно связано с пережитым душевным потрясением; в этих случаях о болезненном характере явления свидетельствует лишь интенсивность и продолжительность подавленного состояния, равно как и недоступность доводам утешения. Также на первый взгляд может показаться, что изменение настроения вызвано бредовыми идеями и, главным образом, бредом греховности, далее ипохондрическими идеями, бредом обнищания и преследования. Однако, в большинстве случаев можно легко убедиться, что эти бредовые идеи являются не причиной, а скорее результатом депрессивного состояния. Правильное понимание состояния очень облегчается, если у больного уже раньше бывали состояния меланхолии или мании, окончившиеся полным выздоровлением, или если больные уже раньше проявляли душевные свойства, присущие маниакально-депрессивному предрасположению (продолжительное дурное настроение или возбужденность, сильная раздражительность, колебания настроения). В более легких случаях руководящим указанием при диагнозе служит поразительная перемена в выражении лица больного, когда его просят постараться сделать приветливое лицо. Вопрос осложняется благодаря существованию смешанных состояний (случай 8), при которых задержка мышления заменяется скачкой идей, а задержка волевых актов — волевым возбуждением. Независимо от анамнеза больного надо иметь в виду, что признаки, представляющие отклонение от картины меланхолии (скачка идей, волевое возбуждение), являются составными частями маниакального состояния.
Особую группу образуют легкие меланхолические основные состояния при маниакально-депрессивном психозе, которые могут заполнить почти всю жизнь больного. Их значение определяется тем, что часто при них наблюдаются приступы определенно выраженного ухудшения настроения, границы которых не всегда резко очерчены; нередко такие меланхолические состояния прерываются маниакальными.
Иногда, главным образом, в судебной практике, приходится наблюдать обоснованное изменение настроения, о причине которого однако умалчивается. Эти случаи на первый взгляд могут показаться меланхолией; но обыкновенно тут обращают на себя внимание настойчивые жалобы, скудные показания на вопросы о внутреннем состоянии и отсутствии настоящих меланхолических симптомов (задержка мысли и воли, бредовые идеи): как правило, в подобных случаях "психогенной депрессии" мы имеем дело со "слабовольными психопатами".
Ь) Часто бывает очень трудно отличить от меланхолии то расстройство настроения, которым начинается раннее слабоумие (случай 10—14, 16). Здесь прежде всего характерна все более и более выявляющаяся поверхностность эмоциональных движений, которая может находиться в резком противоречии с удивитель-ным содержанием бредовых идей. Особое влияние следует обратить на тупую сосредоточенность, безразличное отношение к окружающим, в особенности к посещениям близких и письмам, хотя нужно иметь в виду, что и при меланхолии сильная задержка воли может симулировать отсутствие эмоциональных переживаний. При dementia praecox, однако, можно убедиться, что волевые проявления затруднены не вследствие эмоциональной задержки, а вследствие негативизма. Доказательством этого служит недоступность больных, которые не дают себе труда отвечать на вопросы врача, описать свое состояние, равно как и отсутствие обычных выразительных движений (взгляд на собеседника, оборачивание головы на шум, пожимание протянутой руки, уклонение или защита при угрозе или при уколах иглой) и отказ при требованиях (протянуть руку, показать язык, встать, что-нибудь написать). Иногда больной приступает к выполнению требуемого движения, но внезапно прерывает его. Сюда же относится оцепенелая, связанная поза. Все эти нарушения особенно показательны в тех случаях, когда выполнение произвольных движений не обнаруживает никаких затруднений и производится быстро и легко. Еще яснее сказывается негативизм при молчании без всякой попытки говорить, при отказе от пищи без основания, при противодействии каждому воздействию с отсутствием страха. Меньшее значение имеет наличие восковой гибкости, если только она не стоит в полном противоречии с рассудительностью и свободой движений больного. Напротив, в высшей степени подозрительными являются манер-ничание, причудливые позы, странное подавание руки, гримасы, короткий, беспричинный смех, чмокание, ответы в форме вопросов, жеманное произношение. Также стереотипия в позе,
378
379
жестах, движениях и других внешних проявлениях заставляют нас предположить раннее слабоумие, поскольку эта стереотипия не обусловлена однообразными длительными эмоциональными воздействиями (ломание рук, рыдание). В таком же духе должны быть объяснены неожиданные, бессмысленные,

импульсивные действия, причиной которых не являются ни гнев, ни страх, ни какое-либо другое бредовое представление. Из содержания бредовых идей сколько-нибудь определенных заключений сделать нельзя; только бред воздействия на проявления воли больного ясно говорит за раннее слабоумие. Тоже самое относится к раннему проявлению многочисленных слуховых галлюцинаций, в особенности если больные об этом умалчивают и содержание галлюцинаций бессмысленно и не имеет связи с общим содержанием психики. Далее, весьма роковым признаком является едва заметное равномерное подергивание лицевых мускулов; также исчезновение игры зрачков и психических зрачковых рефлексов. Анамнез также может доставить отправные точки для суждения о болезни: часто едва заметное развитие болезни, уже с юности заметная, своеобразная психика, робкая, замкнутая, упрямая.

c) Значительно легче распознать депрессивные состояния у паралитиков (случай 25, 29, 30), прежде всего по соматическим признакам болезни (расстройство речи и письма, повышение или исчезновение сухожильных рефлексов, неподвижность зрачков, припадки), а также по серологическим и цитологическим данным. Со стороны душевной жизни обращают на себя внимание слабость памяти, особенно неспособность ориентироваться во временной связи событий, отсутствие, способности к суждениям, бессмысленность по преимуществу ипохондрических или нигилистических бредовых идей, далее, поверхностность и внушаемость настроения; настроение может принять форму слепого неподдающегося воздействию страха; наконец, бросается в глаза слабость и податливость волевых проявлений. Начало болезни, сопровождающееся постепенным упадком работоспособности, раздражительностью, эмоциональной тупостью, бессмысленными поступками точно также может навести на правильный путь, равно как и быстрая смена состояний и появление причудливых идей величия.

d) Отчасти,сходную картину представляют собой депрессивные состояния артериосклеротиков. Здесь следует обратить внимание, кроме отсутствия характерных сереологических и патологических данных, на большей частью преклонный возраст, жесткость и извилистость доступных для ощупывания ар-

380

терий, увеличение кровяного давления, на частое присутствие стойких очаговых мозговых явлений (апоплектические инсульты с последующей спастической гемиплегией, афазия, аграфия, ге-мианопсия). С психической стороны выступает на первый план забывчивость и повышенная утомляемость, повышенное слабодушие, чувство беспомощности, являющееся основой частых ипохондрических представлений, — наконец, потеря умственной возбудимости и работоспособности. Особенно характерным являются наступающие по всякому поводу вынужденный смех или плач. Иногда здесь поражает то обстоятельство, что отдельные психические способности хорошо сохраняются.

Старческое слабоумие также может иногда дебютировать сходными расстройствами настроения; возможно, что при этом играет роль столь частое совпадение с артериосклеротическими изменениями, особенно при старческом запустении мозговой коры (стр. 293). Далее, в возрасте обратного развития наблюдаются небольшие группы до сих пор недостаточно выясненных депрессивно окрашенных синдромов, из которых одни дебюти-руются эмоциональной тупостью и однообразными похожими на кататонию расстройствами воли, другие же протекают при бурных тревожных возбуждениях и причудливых бредовых идеях и быстро заканчиваются смертью.

е) В основе депрессивного настроения, сопутствующего травматическому неврозу (случай 39, стр. 311) лежит, лгавным образом, чувство неспособности к труду. Каждая попытка к работе влечет за собой ряд неприятных ощущений: головные боли головокружения, боли всякого рода, чувство слабости и стеснения, заставляющие больного прекратить работу; сюда присоединяются иногда сердцебиение, выступление пота, мышечные напряжения, дрожание, неуверенность в движениях; при этом имеют место всякого рода параличи, сведения и прочие расстройства движений. Частой клинической картиной является “спастический парез с тремором”. Все эти болезненные проявления усиливаются, если на них обращать внимание, иначе они могут оставаться малозаметными. Вследствие этого поведение больного часто производит такое впечатление, будто он преувеличивает.

Усвоение восприятий оказывается нередко сильно затрудненным, доходя иногда до состояния неосмысленности. Настроение раздражительное, малодушное и обнаруживает целый ряд монотонных ипохондрических жалоб. Но прежде всего у больных не хватает силы серьезным напряжением воли превозмочь своего отвращения к труду; всякое побуждение к этому ведет к

381

ухудшению болезненных симптомов и к страстному уверению в своей неспособности.

7. Дипсомания, периодическое пьянство

а) В виду того, что импульсивное влечение к “облегчающему” действию алкоголя, обычно вызывается расстройством настроения, мы иногда встречаем периодическое пьянство при эпилепсии в форме регулярных, однообразных, повторных приступов; при случае дело доходит здесь до ажитированного опья-нения (см. 8) и сумеречных состояний. Наряду с этим могут быть обнаружены другие или длительные, или периодически появляющиеся симптомы эпилепсии.

в) Значительно чаще форму дипсоманических приступов (случай 42) принимает нерегулярно появляющееся расстройство настроения у психопатов, особенно у “аффект-эпилептиков”. Изучение всего душевного облика больного делает возможным правильное распознавание.

В некоторых случаях краткодлящиеся переходы настроения при циклотимическом предрасположении могут

служить толчком для бессмысленного пьянства.
c) От дипсомании в собственном смысле следует отличать (как “псевдодипсоманию”) случайные увлечения у неустойчивых, которые вопреки всем благим намерениям возникают благодаря тому или другому внутреннему или внешнему толчку. Естественно, что при этих уклонениях отсутствуют правильная повторяемость и обусловленное внутренними основаниями одинаковое течение болезни, равно как и резкое импульсивное влечение к алкоголю.
C. Состояния возбуждения
Состояния возбуждения, которые развиваются либо как с следствие первичных нарушений в области волевых импульсов, либо как результат эмоциональных волнений.
a) При мании (случай 4, 5, 6; стр. 316) мы имеем дело с волевым возбуждением, преимущественно протекающем при веселом повышенном, но весьма изменчивом настроении. Импульсы преследуют определенную цель и направлены на какое-нибудь действие. Однако, наряду с этим обнаруживается повышенная отвлекаемость с возникновением все новых целей, так что в результате поведение больного может свестись к пест-
382
рому ряду несвязанных между собою начинаний. Внимание больных, исключая моменты самого тяжелого и спутанного возбуждения, обычно удается, по крайней мере на короткое время, привлечь, но оно быстро рассеивается; требования, если и выполняются, то только в виде намеков. В ходе мыслей обнаруживается скачка идей, если на лицо не имеется смешанного состояния с задержкой мышления (стр. 317).
Обнаружение таких же или меланхолических состояний в прошлом может существенно облегчить распознавание клинической картины, равно как и переход к депрессивному изменению настроения или кон-статирование индивидуальных особенностей, часто встречающихся у маниакально-депрессивных больных (стр. 318). Особенно заслуживают внимания длительные состояния легкого маниакального возбуждения, являющиеся выражением своеобразного предрасположения (случай 6). Относительно природы их не может быть сомнения там, где они временами достигают болезненной интенсивности или при случае переходят в меланхолическое изменение настроения.
При резком возбуждении с гневливостью мы наблюдаем на ряду с маниакальной скачкой идей и стремлением к деятельности преимущественно раздраженное настроение, при других смешанных состояниях резкое тревожное возбуждение со скачкой идей или задержкой мышления.
Ь. Состояния возбуждения у паралитиков (случай 26, 28; стр. 283) могут совершенно походить на таковые у маниакальных больных, так что установить различие возможно только путем серологического и цитологического исследования или констатированием отдельных нервных расстройств (речи или письма, неподвижности зрачков, отсутствия сухожильных рефлексов) Подчас к признанию паралича приводят чудовищные идеи величия или уничижения, но признак этот обманчив. Более существенны — слабость суждения, ненадежность памяти, вялость или преувеличенность настроения при незначительном волевом возбуждении. То же самое можно сказать о возбужде-ных состояниях страха у паралитиков, которые можно смешать с некоторыми меланхолическими состояниями; здесь характерны бессмысленность страха и невозможность воздействия на него.
Некоторые картины болезни, наблюдаемые при сифилисе мозга, могут походить на маниакальные или паралитические возбуждения; при этом должно обратить внимание, с одной стороны, на соматические признаки (расстройство функций зрачков и глазных мышц), с другой — на серологические и цито-логические данные.
383
c) Клиническая картина алкогольного опьянения (стр. 307) занимает до известной степени как бы среднее место между маниакальным и паралитическим возбуждением, поскольку оно проявляется приподнятым, то задорным и раздражительным, то благодушным настроением в связи с порывом к деятельности и постепенно обнаруживающимся параличем мыслей и действия (расстройство речи, неуверенность движений). Если не удается установить причины происхождения такого состояния из ана-мнеза больного, его признаний и запаха изо рта, то для неопытного отличие его от паралича без тщательного исследования может оказаться затруднительным. Так как дальнейшее течение быстро приводит к выяснению дела, то углубление в более тонкие различия расстройств речи, походки и движений представ-ляется излишним. При ажитированном опьянении (случай 64) паралича воли не обнаруживается, сознание же затемнено: вследствие чего состояние напоминает возбуждение у эпилептиков, от каковых его часто отличает только отсутствие припадков в прошлом, равно как и отсутствие эпилептических особенностей по окончании опьянения.
Состояния возбуждения у кокаинистов со скачкой идей и волевым возбуждением (случай 48) очень близки к состояниям алкогольного опьянения; они в большинстве случаев сопровождаются галлюцинациями слуха, часто и микроскопическими зрительными галлюцинациями, а также идеями преследования.
d) Кататоническое возбуждение (случай 15; стр. 297) представляет однообразный, бессмысленный, импульсивный порыв к движению без определенной окраски настроения. Вместо от-влекаемости маниакального больного мы находим здесь недоступность внешним влияниям. Больные не обращают никакого внимания на окружающее, не реагируют ни на какое возбуждение, не дают ответа, совершенно не поддаются влиянию в своем поведении. В виду того, что их движения совершенно

бесцельны и не стоят ни в какой связи с внешним миром, самое сильное возбуждение может разыграться на весьма ограниченном пространстве. К этому непосредственно примешиваются совершенно непонятные, но с большой резкостью производимые действия. Сознание бывает обычно менее затемнено, чем это можно было бы предположить по бессмысленности поведения, иногда оно бывает совершенно ясным; речь в большинстве случаев разорванная, бессвязная, не имеет никакой связи с происходящим кругом и с речами окружающих. Часто имеют место слуховые галлюцинации. Нередки внезапные переходы от возбуждения к ступору. Анамнез часто вскрывает, что и до этого за-

384

мечалось медленное развитие глубокого изменения личности или другие особенности: замкнутость и упрямство.

e) Делирии при отравлении и при инфекциях начинаются часто с возбуждений, которые носят характер беспорядочного беспокойства со сноподобным несознанием своего положения, а затем также тревожной раздражительности, реже веселого стремления к деятельности. Особенно характерен, однако, только профессиональный делирий у алкоголиков (случай 43; которые под влиянием живых обманов чувств так действуют и ведут себя, как будто бы они находятся за своими обычными занятиями. Сходное явление, хотя и не так резко выраженное, встречается при уремическом делирий (случ. 19). Должно быть отмечено обычное ухудшение алкогольного делирия к ночи.

f) При состояниях возбуждения у эпилептиков (случ. 50, стр. 305) сноподобное помрачение сознания, которое часто сопровождается живыми обманами чувств (зрения, слуха), связывается с резким страхом или злобной раздражительностью, иногда также половым возбуждением; окружающее при этом толкуется бредовым образом. Все это может привести к тяжелым насильственным действиям с более или менее полным пробелом памяти о них. Это последнее явление, равно как и непонятность и слепота действий вместе с внезапностью появления и исчезновения изменений психики, заставляет предполагать сумеречное состояние, природу которого можно установить на основании анамнеза (припадки различного рода, эквиваленты) и из особенностей эпилептической личности (стр. 306).

d) Точно также и при истерических (стр. 325) состояниях возбуждения сознание обычно более или менее затемнено, поступки и поведение принимает форму либо игривого и дурачливого беспокойства, либо припадков бурной ярости, изливающейся потоком выражений, разрушительными стремлениями, бессмысленной, неистовой злобой к окружающим и к самому себе. Восприимчивость к внешнему воздействию (уговоры, сильные раздражения, неприятность вмешательство) проявляется обыкновенно очень заметно. Продолжительность обычно не слишком велика, но один приступ возбуждения может следовать за другим. Порою наблюдается stigmata, главным образом, отсутствие чувствительности. Непосредственная связь с окружающим, наличность ранее бывших истерических припадков и эмоциональная возбудимость больных способствуют правильному толкованию состояния.

Совершенно такие же возбуждения наблюдаются часто у разного рода психопатов без прочих признаков истерии, особенно у возбудимых (случ. 64) и у лгунов и обманщиков.

13—3770

385

h) При старческом слабоумии (случ. 35, стр. 293) часто развивается своеобразное делирантное беспокойство, при котором больной не разбирается в положении вещей и проявляет склонность перебирать вещи, суетиться, бесцельно бродить и разговаривать с самим собой. Это беспокойство проявляется исключительно или, главным образом, ночью.

Здесь уместно упомянуть приведенные выше (6, d) резкие состояния тревожного возбуждения при некоторых редко встречающихся пресенильных заболеваниях.

9. Галлюцинаторные состояния (галлюцинозы)

Под этим названием объединяется ряд синдромов, которые характеризуются наличностью живых слуховых галлюцинаций при сохраненной рассудительности, при этом зрительные галлюцинации не играют особенной роли, если не иметь в виду алкогольных и кокаинных делириев.

a) Большинство больных с резкими слуховыми галлюцинациями (“голоса”) принадлежит к группе раннего слабоумия (случ. 11, 12, 18; стр. 294). Голоса иногда бывают ощутимы ясно, и больной приписывает их окружающим лицам, иногда же раздаются шёпотом, как отдельный говор, и толкуются больным как доходящие до него при помощи особых приборов; наконец, иногда эти голоса существуют скорее как внутреннее переживание и приписываются сверхъестественным влияниям, богу или дьяволу. Содержание слышанного может находиться в полной логической связи с прочим содержанием мыслей (брань, упреки, угрозы, замечания к отдельным мыслям, оспаривание их, обещания), часто же оно имеет характер безразличный или даже бессмысленный. Весьма нередко к этим обманам присоединяется чувство несвободы мышления и действия, чувство зависимости от посторонних воздействий. Кроме того, мы тут встречаемся с более или менее выраженными другими расстройствами в области эмоций и воли, характерными для раннего слабоумия, как-то равнодушием, недоступностью, замкнутостью, постоянным сопротивлением, отсутствием воли, автоматической подчиняемостью, манерничанием, стереотипией или импульсивностью поведения и действий. Замечательно, что резкие обманы слуха часто существуют долгое время, а больной не воспринимает их как что-нибудь необыкновенное. В некоторых конечных стадиях длительные слуховые галлюцинации составляют вместе с легкими намеками на общие шизофренические

симптомы единственные остатки закончившейся болезни. При одно-
386
временном алкоголизме может возникнуть сомнение, является ли данная картина болезни проявлением раннего слабоумия или алкогольного бредового помешательства (см. ниже с). Если не принимать во внимание более тонких различий в характере галлюцинаций, то в пользу раннего слабоумия говорят отсутствие эмоционального тонуса и признаки своеобразных расстройств воли.

b) Сравнительно реже мы наблюдаем живые слуховые галлюцинации при маниакально-депрессивном психозе (случай 2, стр. 315), именно при депрессивных состояниях. Обычно они не отличаются чувственной яркостью и могут поэтому быть приписываемы определенным лицам. По своему содержанию они вос-проивodятся не дословно, а лишь в общих чертах, равно могут стоять в тесной связи с бредовыми мыслями больных и носить на себе ясный эмоциональный отпечаток; само явление воспринимается больными как нечто их обеспечивающее или им чуждое. Наряду с этим имеют место растерянность, задержка мышления, бред греховности, преследования, страх, нерешительность, задержка воли, реже — признаки маниакального возбуждения. Обычно лишь самые тяжелые периоды болезни сопровождаются указанными галлюцинациями, исчезающими с уменьшением внутреннего напряжения или возбуждения; лишь в редких случаях они остаются в слабой форме и при появлении сознания болезни.

c) Весьма своеобразную галлюцинаторную картину болезни представляет алкогольное помешательство, галлюциноз пьяниц (случ. 44). Слуховые галлюцинации имеют здесь вполне отчетливую чувственную ясность, имеют отношение к вполне определенным лицам, как думается больным находящимся по близости. Содержание их состоит из постоянно оспаривающих замечаний по поводу поступков и действий больного, угроз, ругательств, упреков, которые, однако, обращены не к самому бо-льному, а принимают форму диалогов третьих лиц между собой. Сопровождаются они тревожным настроением, иногда с характером некоторой насмешки над самим собой. Часто слуховые галлюцинации, резче всего ночью или вечером, обнаруживают размеренный такт, быть может в связи с биением сосудов. Алкогольное происхождение их нередко проглядывает в своеобразно грубом юмористически окрашенном способе выражения и из намеков на пьянство.

Как результат неизлечимого алкогольного психоза рассматривают галлюцинаторное слабоумие, при котором признаки алкоголизма (отсутствие сознания болезни, идеи ревности, душевная
387
тупость с примесью юмора, слабость воли, комбинируются с продолжающимися слуховыми галлюцинациями. В некоторых случаях сюда присоединяются причудливые бредовые идеи, представление о телесном воздействии, звучание мыслей, идеи величия, далее образование новых слов. Отграничение подоб-ных состояний от раннего слабоумия может быть весьма затруднительным, на первом плане следует обращать внимание на характерные для этой болезни расстройства воли.

О галлюцинаторных картинах, вызванных кокаином и всегда почти стоящих в связи с морфинизмом, мы уже неоднократно упоминали (5, а; 8, с). Яркие слуховые галлюцинации связываются здесь со скачкой идей и волевым возбуждением; одновременно можно наблюдать “микроскопические” галлюцинации, бред преследования и ревности.

d) До сих пор очень мало исследованы галлюцинаторные заболевания при сифилисе мозга (стр. 278). Можно лишь сказать, что наряду с серологическими, цитологическими и нервными изменениями, которые свидетельствуют о сифилитическом заболевании мозга, часто встречаются слуховые галлюцинации, чаще всего в форме отдельных, коротких восклицаний. Сюда могут присоединиться неприятные ощущения разного рода, далее идеи преследования и ревности, также бред величия с тре-вожным раздражением или приподнятым настроением. Более точное клиническое выделение этого синдрома, который преимущественно относится к эндартериитическим заболеваниям, в данный момент еще невозможно; распознавание его, главным образом, зависит от констатирования соматических признаков сифилиса, что естественно не является безусловным доказательством сифилитического происхождения данного психического расстройства.

Здесь следует упомянуть редкие галлюцинаторные картины, наблюдаемые при “табических психозах” (стр. 278), которые то более походят на галлюциноз алкоголиков, то на бред физического воздействия при раннем слабоумии, здесь может быть налицо сифилитическое заболевание мозга. Подобное же объяснение можно было бы дать и слуховым галлюцинациям при прогрессивном параличе.

e) К галлюцинозам следует отнести большую часть тюремных психозов, при которых играют значительную роль, наряду с бредовым толкованием действительных восприятий, обманы слуха в виде шёпота; к ним присоединяются сноподобные переживания по ночам и псевдореминисценции. Центром кар-тины болезни является бред преследования, возникающий под
388
тяжестью продолжительного лишения свободы и режима, который вызывает чувство протеста против насилия приговора. При этом могут развиться идеи величия, бред невиновности с соответствующими псевдореминисценциями. Картины эти напоминают часто некоторые формы раннего слабоумия, которое в тюрьме принимает совершенно схожую окраску, но им недостает отличительных признаков dementiae praecocis: эмоциональной тупости и расстройств воли, которые при раннем слабоумии выступают более или менее отчетливо. Далее, “психогенные” тюремные психозы, в противоположность раннему слабоумию,

безусловно поддаются лечению: при возвращении на свободу они останавливаются в своем развитии, хотя бредовые представления никогда вполне не коррегируются.

10. Ипохондрия

Ипохондрия прежде рассматривалась как самостоятельная форма болезни, в то время как сейчас мы в ней видим только синдром. Прежде всего мы встречаем ипохондрические бредовые идеи при разнообразнейших депрессивных растройствах, не приписывая им патогномонического знания (см. 6, а-е). Кроме того, имеются еще некоторые заболевания, при которых на первом месте в картине болезни стоят жалобы на живое ощущение болезни.

a) Здесь прежде всего следует упомянуть “неврастению” (стр. 352), вызванную физическим или душевным истощением. При ней ощущение значительного упадка работоспособности и сопротивляемости ведет часто к мрачным, преувеличенным заботам о собственном здоровье. Если благодаря правильно наступающему в связи с отдыхом улучшению исчезает основание для подобных забот, пропадают без особого воздействия вместе с ощущением возвращающейся силы и самые заботы.

b) У людей с тревожным предрасположением, с отсутствием уверенности в себе заботы, вызванные соматическим расстройством, под влиянием потребности к сохранению могут настолько вкорениться, что развивается длительная помеха к определенным действиям: “невроз ожидания” (случай 54, стр. 308). Это внутреннее препятствие распространяется обыкновенно лишь на отдельную, строго определенную область, которая все больше и больше становится предметом мелких забот; тревога — этот первоначальный источник жалоб, обнаруживающихся здесь и поддающихся воздействию при обыкновенном лечении лишь на короткий срок и все более и более нарастающих, — часто за-

389

маскировывается плохим самочувствием, болями, чувством слабости, расстройством движений.

c) Постоянное стремление заботливо оберегать свое здоровье и культивировать ипохондрические опасения мы встречаем часто у психопатов, в особенности у психопатов с “нервным предрасположением” (стр. 337). Существенным здесь является то резкое влияние, которое оказывает на настроение и даже на содержание сознания незначительные изменения самочувствия, а также и то обстоятельство, что здесь заботам о собственном душевном и физическом состоянии отводится доминирующее место. Ипохондрические идеи здесь обычно подвергаются частым переменам и могут быть легко устранены путем убеждения или целесообразными медицинскими мерами, но они вновь возвращаются в той или иной форме при всяком' незначительном поводе.

d) При дегенеративной истерии (случай 56: стр. 327) в высшей степени упорные ипохондрические идеи обычно являются средством защиты против требований жизни, предъявляемых к воле больного. Они являются, таким образом, не только проявлением тревожного опасения, но и вспомогательным средством инстинкта самосохранения, за которое больные часто так упорно цепляются, что прибегают к грубым преувеличениям и даже обманам, чтобы не лишиться его и, таким образом, сохранить внимание и обеспечить себе помощь, в которых они, по их мнению, нуждаются. Вследствие этого происходит необычайно характерный, своеобразный конфликт между стремлением получить медицинскую помощь и упорным сопротивлением всем попыткам устранить ипохондрические недомогания.

e) Исключительно на почве тревоги возникают частые ипохондрические опасения при неврозе навязчивых состояний (случай 61; стр. 329); внешние поводы к этому могут быть до смешного незначительны или даже совсем отсутствовать. Страх может влиять самым разнообразным, подчас совершенно причудливым образом на поведение больных, так что болезненная бессмысленность тревоги ясно обнаруживается. Противодействие тем мерам защиты, которые больные выдумывают для своего успокоения, вызывает резкое возбуждение даже и в тех случаях, когда больные сами признают необоснованность своих страхов. Часто одни и те же представления сохраняются с колебаниями продолжительное время и возникают по всякому поводу вновь. При случае, однако, они могут быть заменены совершенно новыми навязчивыми опасениями, которые часто возникают наряду с прежними.

390

f) Такое же положение в душевной жизни занимают ипохондрические идеи при травматическом неврозе (случай 39; стр. 311). Неспособность слабовольных больных преодолеть внутренние препятствия и вернуться к работе приводит их к сильному подчеркиванию своих недомоганий, которые значительно увеличиваются, лишь только врач уделяет им внимание (см. 6, е). То, что при этих расстройствах нет соответствия между первоначальным повреждением и физическим состоянием, а существует определенная связь со стремлением защититься от требований жизни, легко выясняет положение вещей.

11. Параноидные заболевания

Из бесконечного ряда психических расстройств с образованием бреда здесь будут рассмотрены лишь те, которые вследствие их продолжительности и сохранения сознательности представляют по крайней мере некоторое сходство с настоящей паранойей.

а) Исходной точкой для нас при этом будет служить то едва заметное, неизлечимое изменение миросозерцания, которое мы обозначаем как настоящую паранойю (случай 58, стр. 320). Бредовые идеи выражаются здесь в предвзятом толковании действительного жизненного опыта на почве эмоциональных потребностей и при участии ложных воспоминаний; галлюцинаций не бывает или же они встречаются в исключительных случаях (сны, состояния экстаза). Содержание бреда имеет своим источником обще-

человеческие опасения, желания и надежды и переносит больного в созданное бредом соответствующее положение. Общей чертой для всех случаев является повышенное самочувствие, к которому впоследствии, в связи с противодействиями и Неудачами жизни, могут присоединиться идеи преследования. Даже в тех случаях, где эти идеи на первый взгляд занимают видное место, они оказываются не в состоянии подавить победоносную уверенность в собственном достоинстве. Вследствие этого больные обычно не особенно страдают от неприятностей, являющихся результатом бреда, а неизменно стараются их превозмочь. В виду того, что бред проистекает от своеобразного ложного миросозерцания и внутренне перерабатывается в целостную систему, он является недоступным для исправления посредством доводов рассудка. В большинстве случаев бред этот, развиваясь то медленно, то толчками, остается в течение всей жизни; не должны, однако, быть упущены из вида случаи, при которых случайно возникшие параноические бредовые образования постепенно

391

отступают на задний план, оставаясь не коррегированными, но и не развиваясь дальше. Поступки и поведение больного не обнаруживают никаких нарушений, которые не проистекали бы от бреда. Обычно длительно сохраняется широкая способность приспособления своего внешнего поведения к требованиям об-щежития. Только в отдельных случаях встречаются попытки действовать соответственно бреду; больные, однако, очень быстро себя останавливают и до известной степени отрицают свой бред, лишь только они наталкиваются на естественные препятствия, конечно, не без того, чтобы при удобном случае вновь продолжать жизнь в смысле своих бредовых убеждений.

Ь) Параноидные формы раннего слабоумия (случай 18, стр. 299). Так как dementia praecox, как правило, представляет собой ведущий к слабоумию, прогрессирующий болезненный процесс, то также и при ее параноидных формах обнаруживаются сравнительно скоро признаки возрастающей умственной слабости и расщепления психики. Бредовые идеи становятся причудливыми, противоречивыми и бессвязными; они без всякой критики воспринимаются и удерживаются больными, которые не обосновывают и не защищают их от возражений. Все же обыкновенно из внутренних оснований они меняются, частью отступают на задний план, частью воспринимают новые составные черты, приобретают бессмысленнейший характер, иногда совершенно исчезают. Почти всегда, по крайне мере на время, они сопровождаются галлюцинациями, особенно в области слуха, часто также сопровождаются чувством внутренней несвободы и чувством воздействия посторонней силы. Идеи преследования и величия переплетаются в самых ризнообразных сочетаниях. Эмоциональная окраска бреда для его содержания чрезвычайно бледна. Его влияние на поступки поразительно незначительно. Подчас имеют место те или другие из бреда вытекающие действия, но в большинстве случаев они сводятся к отдельным попыткам без плана и цели. Между тем волевые про-явления ясно обнаруживают расстройства, характерные для раннего слабоумия, а именно: потерю энергии, внезапные, бессмысленные импульсы, негативизм, манерничание, стереотипию, автоматическую подчиняемость; больные очень часто теряют способность приспособиться к общежитию и попадают в больницу. По окончании бурных проявлений болезни может остаться “параноидное слабоумие”. При этом расстройство воли при продолжающемся существовании остатков бредовых идей столь незначительно, что больных можно без особенного труда приспособить к однообразной, несамостоятельной работе, кото-

392

рая может находиться в поразительном несоответствии с их бредовыми требованиями, что однако их совершенно не беспокоит.

c) Некоторое сходство с параноидным слабоумием имеет не часто встречающийся синдром, который мы называем парафре-нией с систематизированным бредом (случай 59, стр. 301). И здесь развивается бред преследования с галлюцинациями, но значительно медленнее, чем в предыдущем случае. Болезненная подозрительность и бредовые толкования могут долгое время преобладать в картине болезни, пока постепенно сюда не присоединятся в начале простые, а потом более сложные слуховые галлюцинации. В дальнейшем течении болезни все сильнее выступают идеи величия. Бред вначале держится в границах возможного, в то же время до известной степени перерабатывается, обосновывается, находит защиту против возражений, но, в конце концов, принимает причудливые образы, не распадаясь, однако, и не исчезая совершенно. Логическая связь мышления сохраняется, равно как и спообность к интеллектуальным заня-тиям, хотя способность суждения значительно страдает. По истечении более продолжительного периода времени наступает эмоциональная тупость: больные примиряются со своей судьбой и лишь на время приходят в более возбужденное состояние; вместе с тем все более и более суживается круг их интересов. В противоположность шизофреникам они очень сильно страдают от своей болезни, пока не находят в бреде величия некоторую компенсацию тем преследованиям, которым, как им кажется, они подвергаются. Их действия находятся под решительным влиянием их бредовых представлений; не считаясь ни с чем; они ведут борьбу с мнимыми угнетателями, а впоследствии, уже находясь в психиатрическом заведении, продолжают ту же борьбу против отнятия у них свободы. При этом их поведение теряет всякую меру, становится странным, капризным, замкнутым, вспыльчивым, не обнаруживая, однако, чисто импульсивных расстройств воли, столь характерных для раннего слабоумия. В более спокойный период больные всегда поражают своей рассудительностью и достаточной ориентировкой, равно как и совершенно правильным и целесообразным поведением. По-видимому, дело не доходит здесь до более высокой ступени умственной слабости.

d) Своеобразную форму параноидного заболевания представляет бред равности у алкоголиков (случай 41). В его основе лежит естественная отчужденность между супругами, вызванная алкоголизмом (пренебрежение семьей, своекорыстная ее эксплуатация, упадок хозяйства, ссоры и дурное обращение), сюда присоединя-
393
ется повышенная половая возбудимость при понижении половой способности, и, наконец, тайное сознание вины, которое ищет выхода в подозрениях. Бред, возникая сначала лишь во время опьянения затем, все возобновляясь, постепенно укрепляется благодаря предубежденному толкованию невинных наблюдений, ложным воспоминаниям, порой, однако, также благодаря случайным делирантным галлюцинациям. Характерным является недостаточное обоснование бреда ревности и присущее этому состоянию сильное раздражение, в то время как действительная и несомненная измена большей частью мало трогает пьяницу с его притуплённой чувствительностью. При продолжительном воздержании от алкоголя бред исчезает, но далеко не всегда.
Совершенно аналогичные бредовые явления наблюдаются при кокаинизме. Здесь также, пожалуй, уместно упомянуть о некоторых длительных бредовых явлениях у эпилептиков, которые возникают из делирантных переживаний у этих больных с уже ослабленной способностью суждения и не коррегируются.
g) Галлюцинаторные формы сифилиса мозга могут, по-видимому, также принять параноидную картину, проявляясь в виде бреда преследования (стр. 278). Верное распознавание возможно лишь на основании исследования физического состояния больного. Во всяком случае, в случаях параноидного психического расстройства, которые протекают при живых галлюцинациях, особенно слуха, и сопровождаются рассеянностью, расстройством способности запоминания, слабостью памяти и резкими быстро проходящими возбуждениями без резких волевых расстройств, должно думать о возможности сифилитической подкладки.
Аналогичные клинические картины дают некоторые психозы при табесе.
g) В редких случаях, медленно протекающие маниакально-депрессивные синдромы могут обнаружить параноидные картины, сопровождаясь интеллектуально переработанными, связанными часто с галлюцинациями, идеями преследования или величия, при наличии полной рассудительности, с отсутствием резко выраженных расстройств настроения. При внимательном наблюдении здесь можно, однако же, обычно найти признаки основного страдания: повышенную отвлекаемость, затруднение мышления или же скачку идей, нерешительность или, наоборот, порывы к деятельности при мрачном, унылом или же раздражительном настроении. Важное значение имеют также скоро преходящие или же более длительно протекающие колебания в состоянии, в особенности в окраске настроения.
394
h) Из форм, развитие которых обусловлено психическими причинами, и которые примыкают к настоящей паранойе, надлежит прежде всего назвать сутяжническое помешательство (случай 60, стр. 314). Здесь бред берет всегда начало в какой либо тяжбе, где больной, как ему кажется, потерпел ущерб. В основе его лежит недостаточное понимание границ собственных прав, повышенное самочувствие, раздражительность и страстность волевого предрасположения. Рассудительность и правильность мышления и поступков остаются не нарушенными, как бы необдуманно больные ни поступали, действуя в духе бреда понесенного ими ущерба. Они сохраняют продолжительное время способность совершать полезную работу и приспособляются к общежитию поскольку они не находятся под влиянием бреда. Образование бреда происходит под влиянием одностороннего понимания правовых взаимоотношений и форм, причем больной всегда себя считает правым; далее бред создается обманами воспоминаний, галлюцинаций однако не бывает.
К той же группе относятся вырастающие под гнетом тюремного заключения сутяги арестанты, а также сутяги, добивающиеся ренты, осуществляющие свое мнимое право на возмещение убытков.
i) Выше (9, е) уже была речь о переходе галлюцинаторных тюремных психозов в параноидные картины. Здесь следует упомянуть лишь о редко встречающемся у пожизненно заключенных пресенилъном бреде помилования (стр. 313), который, по-видимому, возникает на почве бредового воображения и ложных воспоминаний. Бред этот является выражением душевной катастрофы вызванной безнадежным одиночеством многолетнего лишения свободы; на поступки больного он, однако, не оказывает особенного влияния.
Близко к тюремным психозам примыкает бред преследования у лиц с плохим слухом (стр. 310), поскольку и здесь гнет одиночества вызывает неуверенность и недоверчивость. Болезненные представления вытекают из бредового толкования и превращения шума в ушах в обманчивые восприятия действительности. При этом настроение бывает тревожным, раздраженным; мышление поведение и поступки не нарушены, поскольку они не затронуты бредом. Эмоциональное успокоение вызывает значительное улучшение, в некоторых случаях полное исчезновение бреда. Схожее происхождение, по-видимому, имеет старческий бред преследования (стр. 294), идеи ущерба, которые развиваются из свойственного старым людям недоверия и питаются всевозможными восприятиями, дающими основу к подозрениям.
395
12. Состояния слабоумия
В общем здесь можно различать две главные группы в зависимости от того, поражает ли болезнь

психическое развитие в процессе зарождения или разрушает уже созревшую личность. В первом случае имеющиеся на лицо способности остаются целиком или частично на ранней ступени развития. Одновременно могут образоваться более или менеее значительные выпадения, и в то же время могут заметно выступать низшие побуждения (половое влечение, своеобразные движения у идиотов, беспокойство). Отмечается отсутствие тех способностей, которые развиваются вместе с созреванием психической жизни. В области интеллекта страдает образование общих представлений, понятий, а также и базирующаяся на них способность суждения и умозаключения, хотя приобретение и хранение впечатлений чувственного опыта совершается более или менее сносно. В эмоциональной жизни отсутствует ровность настроения, отсутствует задержка нецелесообразных эмоций и живая двигательная сила — целесообразных: в волевой сфере отсутствуют длительные направляющие стремления, нет уменья владеть инстинктами и нет способности к целесообразному направлению своих сил. Тем не менее, благодаря некоторой приспособляемости может быть до некоторой степени сохранена в узких рамках работоспособность этой хилой душевной жизни. Многие из этих больных лучше справляются с некоторыми жизненными требованиями, чем это можно было предположить на основании низкого уровня их умственного развития.
Совершенно другую картину представляют разрушающие болезненные процессы, развивающиеся в зрелом возрасте. Здесь мы повсюду наблюдаем наряду с более или менее значительными и глубокими явлениями выпадения в области психики остатки прежнего полного развития, так что возникает противоречивое, в зависимости от формы заболевания различное смешение богатых способностей с значительными дефектами. Общее последствие таково, что больные, несмотря на наличность остатков их прежнего душевного богатства, являются совершенно непригодными для разрешения жизненных задач. Запас их памяти, их знания значительно больше, чем их умение, чем их способность применить свои знания.
а) Заболевания несозревшего мозга. Здесь имеются в виду ме-нингоэнцефалит, размягчения и опустошения вследствие болезни сосудов и гидроцефалия. Различение клинических картин в настоящее время возможно, и то в известных границах, лишь в связи с физическими симптомами. Острые менингетические, энцефали-
396
тические и гидроцефалитические заболевания могут, по-видимому, быть вызваны различными инфекциями, в то время как хронический менингоэнцефалит и гидроцефалия, а также эндарте-риит со своими последствиями должны быть чаще всего приписаны сифилису. В первом случае мы имеем дело с завершенными остатками прежнего разрушения, в последнем — с постепенно или толчками развивающимся болезненным процессом, который, правда, в конце концов, также может придти к остановке. Обычно в острых случаях дело идет об изменениях более ограниченного характера или же более доступных обратному развитию, так что еще остается возможность известного выравнивания, в то время как в хронических случаях мы всегда встречаем наряду с очаговыми явлениями распространенные длительные расстройства душевной жизни. Вот почему задержки психического развития, так сильно отражающиеся на общем состоянии, зависят преимущественно от заболеваний последнего рода. Еще недостаточно выяснено, какие прогрессирующие болезненные процессы кроме сифилиса могут иметь здесь значение. Иногда мы встречаемся с туберозным склерозом, связанным с новообразованиями кожи (adenoma sebaceum), сердца и почек; клиническая картина составляется из начинающегося в детстве прогрессирующего слабоумия с эпилептиформными припадками.
b) Кретинизм. Сочетание карликового роста с микседемой, образующееся вследствие выпадения деятельности щитовидной железы у ребенка (случ. 75, стр. 285), дает необыкновенно характерную картину. Душевная жизнь обнаруживает общее недоразвитие, колеблющееся от самой тяжкой до более легких степеней и приобретает особую окраску благодаря некоторой тугоподвижности мышления, соединенной с добродушием.
Прочие редкие и еще мало исследованные “дисгляндуляр-ные” задержки развития протекают в большинстве случаев при умеренной отсталости психического развития.
c) Инфантилизм (стр. 347). Значительное число слабоумных легкой степени и дегенерантов обнаруживают в физическом или душевном своем состоянии вообще или в отдельных областях остановку развития на детской ступени (небольшой рост, незначительный вес тела, отсутствие полового развития и половых признаков, незначительное развитие общих представлений, незрелость жизненного опыта и суждения, внушаемость, недостаточнее подавление эмоций, недостаточная устойчивость воли). Наследственное вырождение и факторы, вредно действующие на зародыш, а именно сифилис и алкоголизм родителей, по-видимому, играют и здесь главную причинную роль.
397
Возможно, сюда же относится и монголизм, при котором своеобразные физические отклонения (стр. 347) сочетаются с детско-живым слабоумием.
d) Самые частые формы приобретенного слабоумия представляет раннее слабоумие (елуч. 10, 11, 14, 16, 17, стр. 294). Как ни разнообразны эти картины в отдельности, они все обнаруживают общие основные черты болезни: более или менее сильную потерю эмоциональной возбудимости со своеобразными расстройствами воли, часто также с разорванностью мышления. При более тяжелых формах прежде всего обращают на себя внимание странности поведения, негативистическая недоступность и замкнутость от окружающего; разнообразные, проявления автоматической подчиняемости, равно как и резкое манерничанье, стереотипия, наконец внезапные импульсивные действия. Во многих случаях

поражает противоречие между непонятным поведением и заметными остатками прежнего умственного развития. Именно, эти своеобразные картины, которые наблюдаются у подобных больных с сохранением возможности проявления иногда отдельных значительных способностей, дали, очевидно, повод для народного прозвания “сумашедший”. При более легких формах шизофренического слабоумия волевые расстройства обнаруживаются лишь в виде своеобразных привычек. Сюда присоединяется суждение и ослабление эмоциональных движений, исчезновение желаний, падение работоспособности, слабость суждений и разорванность всей психики. Как остатки прежних периодов болезни могут наблюдаться галлюцинации и бредовые идеи.

e) При паралитическом (стр. 280) слабоумии на первом плане стоит слабость памяти, особенно неспособность ориентироваться во временных датах. Другими существенными чертами является отсутствие критики при высказывании самых бессмысленных и противоречивых идей, случайность, поверхностность и внушаемость эмоциональных движений, затем мягкость и податливость воли. К этому присоединяется целый ряд физических и особенно нервных поражений, столь характерных для данной болезни.

0 Более разнообразными, хотя и менее исследованными, оказываются проявления сифилитического слабоумия (случ. 23, стр. 275). В связи с инсультами, которые служат, по-видимому, выражением разлитых повреждений, могут появиться слабость памяти и суждения с меняющимися бредовыми идеями, эмоциональная раздражительность, с повышенным, реже подавленным настроением, податливость воли; все это сопровождается остатками старых очаговых явлений. Далее, мы нередко на-

398

блюдаем при сифилисе мозга явления слабоумия, весьма схожие с паралитическими. Однако, ослабление душевных способностей обычно неравномерно и соответствует очаговому характеру заболевания. В противоположность общему слабоумию паралитиков, некоторые способности могут хорошо сохраниться. Более резкое выступание слуховых галлюцинаций, по-видимому, скорее говорит за сифилис мозга. Также и соматические явления выпадения здесь разнообразнее, расстройство речи и письма большею частью выражается менее резко, зато параличи бывают упорнее. Расстройство глазных мускулов сравнительно часто; из зрачковых расстройств чаще встречается мидриазис при полной неподвижности. Сифилитическое происхождение всех приведенных состояний выясняется Вассермановской реакцией, которую находят почти всегда в крови, часто также, но лишь в слабой степени, в спинномозговой жидкости. При менингоэнцефалите обычно обнаруживают в спинномозговой жидкости увеличение числа клеток и повышенное содержание белка. В застарелых случаях, повидимому, все эти находки могут отсутствовать.

g) Артериосклеротическое слабоумие (случ. 37, стр. 291) составляется до известной степени из ряда отдельных явлений выпадения. Поэтому и здесь различные душевные области могут быть неравномерно поражены. Важным начальным признаком является повышенная утомляемость, появление быстрого упадка умственной деятельности. К этому присоединяются расстройства способности запоминания и памяти, подавленное настроение, слабодушие с повышенной раздражительностью, недостаточность энергии и внушаемость воли. Часто встречается насильственный смех и слезы по незначительному поводу. В физической области мы встречаем ряд более или менее ясно выраженных очаговых расстройств, которые в большинстве случаев являются результатом инсультов: спастическую гемипле-гию, афазию, словесную глухоту, асимболию, гемианопсию, апраксию в сопровождении явлений персеверации или без них. В зависимости, от того поражены ли артериосклерозом сильнее крупные артерии или же более тонкие сосуды мозговой коры, изменения наблюдаются или в форме очаговых явлений или в форме общих душевных расстройств; эти явления наблюдаются совместно при повреждающем сосуды полушарий мозга субкортикальном энцефалите. Жесткость и извилистость доступных ощупыванию сосудов, равно как и повышение кровенного давления свидетельствует об артериосклеротической природе заболевания. Отсутствие сифилиса должно быть установлено анализом крови.

399

Так как артериосклероз представляет собой заболевание более преклонного возраста, то он очень часто комбинируется со старческими изменениями. Вследствие этого возникают картины, в которых нельзя отделить явлений одного болезненного процесса от другого (случ. 36). Чем сильнее выступают очаговые расстройства, тем больше значения следует придавать артериосклерозу.

h) Старческое слабоумие в его наиболее чистом виде представляет пресбиофрения (случ. 38, стр. 293). На первом плане здесь стоит чрезвычайно резкое расстройство памяти и способности запоминания, что имеет своим последствием с одной стороны полную дезориентировку при сохранении рассудительности, с другой — появление псевдореминисценций (см. i, d). Сюда присоединяются слабость суждения, особенно в области чувственных явлений, веселое настроение, внушаемость и часто беспокойство по ночам.

Особо тяжелую форму слабоумия мы наблюдаем при появляющейся в годы обратного развития болезни Alzheimea'a. Здесь имеет место постепенное, доходящее до высочайших степеней прекращение всякой умственной деятельности при удивительно хорошем сохранении эмоциональных проявлений. Эту картину дополняет состояние напряжения в ногах и руках и своеобразное расстройство речи с персеверациями, доходящее до полной ее потери.

i) При Гунтигтоновской хорее, развивается прогрессирующее слабоумие с эмоциональней тупостью, раздражительностью и н-еопределенными бредовыми идеями. Болезнь можно легко распознать по своеобразным расстройствам движений.

к) Тяжелые повреждения мозга могут оставить после себя более или менее значительные изменения личности, которые выражаются в ослаблении памяти и способности запоминания, бедности мыслей, отсутствии интересов, эмоциональной тупости и раздражительности, недостаточной энергии и легкой внушаемости. При этом могут наблюдаться остатки очаговых явлений; часто замечается повышение невыносливости к алкоголю. Схожие картины можно иногда наблюдать после сильных сотрясений мозга без грубого повреждения его субстанции.

13. Состояние ступора

Состояния с резким ограничением волевых проявлений.

а) Основной чертой меланхолического ступора (случай 3, стр. 315) является задержка воли, вызванная эмоциональными воздействиями. При более легкой форме она выражается в нереши-

400

тельности, при более тяжелой — в затрудненности и. наконец, в полном подавлении всех внешних волевых действий; в тихой и неуверенной речи, в бедности движений, медленности, связанности. Нерезкие признаки наличности внимания (взгляд, поворачивание головы при обращении) при этом обычно сохраняются равно как и попытки к волевым и речевым движениям, вызванным внешними поводами. Энергичными уговорами часто удается превозмочь задержку. Признаки, эмоционального тонуса на лицо; они проявляются сильнее во время посещений, при получении писем, при разговорах личного характера. Противодействие имеет место лишь в том случае, если одновременно появляется тревожное опасение. Временами наблюдается автоматическая подчиняемость. Дальнейшие основания для распознания состояния может представить анамнез, развитие болезни из обыкновенной депрессии или же ее связь с манией, наличие в прошлом приступов закончившихся выздоровлением.

При смешанном состоянии маньякального ступора задержка, воли сопровождается веселым настроением (случай 7, стр. 317).

b) Кататонический ступор (случай 13, 14, 16, стр. 298) характеризуется явлениями негативизма, импульсивным уклонением от всякого отношения к окружающему. Это проявляется в отсутствии признаков внимания, отсутствии защитительных движений при угрозе или уколах, в полной немоте, недоступности для каких-либо требований; к этому обычно присоединяются неподвижность, пребывание в неудобном положение, отказ от пищи, временами удержание мочи и кала. Негативистическое происхождение ступора становится ясным вследствие появления сильных мускульных напряжений при попытке пассивных движений: закрытие глаз и рта при требовании открыть глаза, показать язык. В других случаях имеет место автоматическая подчиняемость, беспорядочно сочетающееся с негативизмом. Отсутствие эмоционального интереса ясно сказывается в выражении лица и равнодушии к окружающему. Анамнез обнаруживает часто известные нам предвестники раннего слабоумия, состояния расстройства настроения со слуховыми галлюцинациями и бредовыми идеями, также и кататонические возбуждения (см. выше 8 d).

c) При прогрессивном параличе встречаются состояния ступора, которые то походят более на меланхолические то на кататонические. Иногда на верный след приводит слабоумное выражение лица, непоследовательное неразумное поведение отдельные, бессмысленные идеи. Обычно, однако, только об-

401

наружение известных нервных разстройств (случай 30), серологическое исследование выясняет дело.

а) Эпилептический ступор (стр. 306) характеризуется сильным затемнением сознания с внутренней тревогой и дели-рантными сноподобными переживаниями. Больные оглушены, неосмысленны, дезориентированы, совершенно не воспринимают окружающего или воспринимают его недостаточно, находятся во власти тревожных представлений с соответствующими галлюцинациями и всем своим поведением свидетельствуют о том, что они пребывают в резком, раздраженном напряжении, которое может разрядиться, ни с чем не считаясь, насилиями. Внезапное начало болезни, обыкновенно в связи с припадками, а также анамнез, обычно, облегчают распознание,

е) Истерические состояния ступора (стр. 325). несмотря на всю свою недоступность для внешних воздействий (закрытые глаза, немота, нечувствительность при уколах, поведение точно во сне), обычно все же поддаются некоторому влиянию: расстройства усиливаются при медицинском исследовании, далее отмечаются различные целесообразные действия наряду с отдельными бессмысленными волевыми проявлениями (разговор мимо темы, ребяческие попытки самоубийства). Состояние больных обычно меняется в зависимости от переживаний, ступор кроме того может внезапно исчезнуть. Возникают эти состояния всегда в связи с эмоциональными потрясениями, чаще всего в связи с арестом.

14. Расстройства настроения

Здесь рассматриваются только быстро преходящие расстройства, но не более длительные депрессивные состояния (ср. выше 6).

а) У эпилептиков мы наблюдаем очень часто внезапно наступающие и по истечении нескольких часов или дней также внезапно изчезающие расстройства настроения с окраской то мрачной, то раздражительной. Так как они, невидимому, являются эквивалентами припадков, то они в одном и том же виде периодически повторяются. Вместе с этим наблюдаются обыкновенно еще другие явления эпилепсии: большие или малые судорожные припадки, обмороки, пробелы сознания, сумеречные состояния, длительные изменения личности (случ. 50).

b) Истеричные во многих случаях подвержены непосредственным колебаниям настроения,

обнаруживающим большую капризность и очень разнообразную, изменчивую и непостоян-
402
ную окраску. Часто можно установить зависимость этих расстройств от внешних причин. Как правило, настроение поддается влиянию личного воздействия, хотя не всегда в желательном направлении Наряду с этим можно обнаружить те или другие признаки истерического предрасположения: припадки, stigmata, сумеречные состояния, повышенную эмоциональную возбудимость.
с) Также у психопатов, особенно у возбудимых, неустойчивых и импульсивных, мы очень часто наблюдаем быстро преходящие расстройства настроения, вызванные определенной причиной или без таковой и напоминающие подобные явления у эпилептиков. Они в своем проявлении, продолжительности и окраске обыкновенно не одинаковы; кроме того, отсутствуют прочие признаки эпилепсии.
Особенную трудность дифференцирования представляет собой "аффект-эпилепсия" с ее судорожными припадками. Здесь решающая роль принадлежит картине общего душевного состояния, ни в коем случае не обнаруживающего тугоподвижно-сти, ограниченности психики эпилептиков, а наоборот возбудимость, неустойчивость и импульсивность, свойственные психопатам.
15. Состояния спутанности
Состояния спутанности, бессвязность мыслей, поскольку она сказывается в речи. Преходящая спутанность наблюдается при весьма разнообразных болезненных формах, при резком душевном возбуждении и при помрачении сознания.
Мы здесь ограничимся рассмотрением более длительных состояний спутанности протекающих, без явлений оглушенности (ср. также делирии, 5)
a) При мании (случ, 5) связь мыслей нарушается врледствие повышенной отвлекаемости и отсутствия целевых представлений (скачка идей, стр. 316). Наряду с непосредственно примыкающими друг к другу обрывками мыслей можно отличить такие, которые возникли благодаря внешним впечатлениям или связаны с отдаленными, часто чисто внешними отношениями и созвучиями. Тут же наблюдаются признаки маньякального возбуждения, стремления к речи и деятельности, задорное, изменчивое, поддающееся влиянию настроение.
b) Поражающее отсутствие какой-либо видимой связи в речи мы нередко наблюдаем при раннем слабоумии ("разорванность", "расщепление" речи; стр. 294); здесь незаметно отношение к
403
внешним факторам, хотя временами и наблюдается эхолалия. Обыкновенно многократно повторяются отдельно бессмысленные обороты, кроме того вставляются новообразованные слова (случ. 17).
Одновременно существуют всевозможные шизофренические расстройства воли негативизм, автоматическая подчиняе-мость, манерничанье, стереотипия в позе и движениях, импульсивные действия. Настроение безразличное.
Здесь следует упомянуть возникающую иногда при раннем слабоумии речевую спутанность и быстрое произнесение совершенно непонятных, полных новыми словами и высокопарными оборотами фраз при сохранении некоторого порядка в мыслях и действиях.
c) При некоторых инфекционных душевных расстройствах ("Amentia") больные теряют способность перерабатывать воспринятые впечатления и связно мыслить. Отсюда вытекает невозможность для них получить ясную картину окружающего, их положения и их переживаний. Таким образом образуется состояние "растерянности", сказывающееся в бессвязных речах и в непонимании самых обыденных происшествий. Отвлекаемость при этом повышена, настроение — подавленное или раздраженное, реже веселое; почти всегда имеет место некоторое беспокойство. Важна связь болезни с острым инфекционным заболеванием, что однако ни в каком случае не служит доказательством тесной причинной связи заболеваний, так как и другие болезни могут быть вызваны таким же образом (приступы мань-якально-депрессивного психоза, раннее слабоумие).
d) Говоря о старческой спутанности имеют в виду те формы старческого слабоумия, при которых ясность и связанность мыслей совсем исчезли (случ. 36). Основное расстройство составляет здесь упадок памяти, способности запоминания и затрудненное усвоение восприятий, которое может возрасти до асимболии. Как выражение сопровождающих артериосклеротическкх изменений могут присоединиться всевозможные очаговые явления, трудность нахождения слов, явления персеверации, апраксия, парезы, параличи, припадки.
16. Разговор мимо темы
Разговор мимо темы, сознательное извращение оыета на вопросы.
a) Кататонические больные нередко на простые, безусловно ими осмысленно воспринятые вопросы дают непонятно не относящиеся к вопросу ответы (случ. 17). Эго поведение скорее
404
всего должно быть объяснено, как выражение негативизма, который без видимой причины заставляет сознательно уклониться от вникания в вопрос, хотя больные не отказываются от ответа. Иногда вдруг получается правильный ответ или совсем нет ответа или же больной просто повторяет вопрос. Обычно можно обнаружить еще другие негативистические явления, а затем и остальные признаки раннего слабоумия.
d) Разговор мимо темы у истеричных (случ. 52) надо понимать, напротив, как явление вытеснения (стр. 326),

имеющее основание в эмоциональных потребностях, чаще всего в стремлении избежать угрожающей опасности (наказание). Здесь неправильный ответ связан со смыслом поставленного вопроса, больной избегает напрашивающегося и само собой понятного ответа, чтобы дать совершенно бессмысленный. Как дальнейшее влияние эмоционального тонуса здесь наблюдается более или менее ясное помрачение сознания,часто также и расстройств чувствительности (ср. 4, Ь).

17. Сопротивление

a) Меланхолические больные оказывают сопротивление (случ. 2), если они тревожно настроены и вследствии этого недоверчивы. Дружескими уговорами и терпением можно, по крайней мере на время, это противодействие смягчить: оно может, однако, особенно при принятии пищи, быть особенно упорным. Обычно удается у больных узнать причину их поведения (идеи греховности или отравления, пресыщение жизнью). Следует обратить внимание на живой эмоциональный тонус, анамнез и прочие болезненные симптомы (ср. 6, а).

Здесь следует еще упомянуть некоторые редкие случаи пресенильных душевных расстройств, которые протекают при сильном, преимущественно соединенном со страхом противодействии внешним воздействиям (стр. 291).

b) Столь частое при раннем слабоумии сопротивление (случ. 13, 14, 16), основывается на импульсивных негативисти-ческих тенденциях и таким образом не зависит ни от представ-лений, ни от страха. Оно поэтому часто появляется по совершенно безразличному поводу, но не вследствии угроз и не поддается благожелательным уговорам; оно может перейти непосредственно в автоматическую подчиняемость. Обычно, дело ограничивается пассивным сопротивлением, лишь в иск-лючительных случаях, и то на время, имеет место более резкий, защитный или даже аггресивный образ действия. Происхожде-

ние этого поведения выясняется лучше всего из негативизма с подчиняемостью, из бессмысленной реакции на всякое требование отвечать выполнением противоположного. Душевное настроение обычно безразличное. Всегда на лицо другие негати вистические расстройства воли, а также прочие признаки раннего слабоумия.

c) У прогрессивных парлитиков можно наблюдать сопротивление как результат страха или негативизма. Сопротивление вследствие страха может протекать в сопровождении бессмысленного возбуждения и оставаться недоступным воздействию; при сопротивлении вследствие негативизма волевые расстройства обычно отсутствуют. Решающим, однако, всегда будет лишь обнаружение соматических паралитических признаков и анамнез больного.

d) Нередкие случаи сопротивления у истеричных имеют своим источником либо злобную раздраженность в связи с возбуждением, либо ребяческое упрямство, за которыми скрывается чувство горечи и неуверенности при неприятном жизненном положении. Подчас это лишь игривый отказ с целью возбудить и приковать к себе внимание. Не говоря о других признаках истерии, ясно выступает своеобразие настроения и отношение больного к внешним событиям.

e) При старческом слабоумии мы часто встречаем своенравное упрямство, при котором больной бессмысленно противодействует всякому вмешательству. Его источником является неясное чувство беспомощности и вытекающая отсюда тревожная недоверчивость. Противодействие поэтому быстро увеличивается при попытке его пересилить и приводит к самозащите с агрессивными действиями. Одновременно имеют место полное непонимание окружающего (дезориентировка), расстройство памяти, способности запоминания и другие признаки основного страчания.

IV. ОТДЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ДУШЕВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ИССЛЕДОВАНИЕ ДУШЕВНО-БОЛЬНЫХ

Уменье собрать тот материал, который необходим для правильного суждения о заболевании, предполагает всегда известное знакомство с главнейшими данными нашей науки. Обстоятельства, которые то здесь, то там должны быть приняты в соображение, так многочисленны и разнообразны, что никакое, даже самое полное руководство, не могло бы их все перечислить. Тем не менее здесь должны быть указаны основные вопросы, которые начинающий должен задавать себе при исследовании. В каждом отдельном случае многое в них окажется излишним; с другой стороны, исследование часто должно быть дополнено в направлениях, о которых здесь не упомянуто.

А. Собирание анамнеза

Анамнез начинается с вопроса о наследственном отягощении. При этом важнее, чем установление в семье наличности случаев душевного расстройства вообще, будет констатирование определенных форм заболевания, которые обнаруживают наклонность повторяться в одинаковой форме у многих членов семьи. (Mdp., Dp., Hy., Ep., Psych., Ale,, Hunt1.

1 Для упрощения обозначения могут служить следующие сокращения: Ale = Алкоголизм. Alzh = Альцгеймеровская болезнь. Ascl = Артериосклероз. Ваз = Базедова болезнь. S = Сумеречные состояния. Del = Делирии. Del. Tr. = Белая горячка. Dsen = Старческое слабоумие. Dp = (Dementia praecox) = ранее слабоумие Enc = Encephalitis энцефалит. Ep. = Эпилепсия. Nsp. = Невроз ожидания.Cps = Тюремные психозы.

407
По отношению к унаследованию психопатий следует обратить внимание также на случаи странных личностей, односторонней одаренности, преступных натур и самоубийств. Иные причины болезни (повреждение зародыша) выясняются из наличности алкоголизма и сифилиса у родителей; что касается этого последнего, то здесь будет иметь значение также смертность братьев и сестер, количество преждевременных родов и мертворожденных и затем состояние здоровья братьев и сестер. Кретинизм родителей или братьев и сестер указывает на эндемическую причину.
2. Большое значение имеет установление характера первоначального предрасположения больного. Незначительная умственная дефектность, которая проявляется в запоздалом развитии речи, указывает на повреждение зародыша, большие же степени дефектности указывают на болезненные процессы, которые могли иметь место до или после родов (сифилис, инфекции, тубе-розный склероз, может быть также раннее слабоумие). Ограниченность и мелочность мы часто встречаем как явления, сопровождающие генуинную эпилепсию. Раннее психическое созревание может быть признаком психопатического предрасположения, иногда же встречается и при раннем слабоумии. Различные формы психопатического предрасположения часто
Hall = Галлюциноз.
Lc = Lues cerebri. Сифилис мозга.
Hunt = Chorea. Huntlingtoni, Гунтингтоновская хорея.
Hy. = Hysteria = Истерия.
Hydr. = Гидроцефалия.
Id. = Идиотизм.
Kk. = Кикаинизм.
Korss = Корсаковский психоз.
Кг. = Кретинизм.
M. = Мания.
Mdp. = Маньякально-депрессивный психоз.
Mel = Меланхолия.
Mo. = Морфинизм.
Nerv. = Нервность.
Olig. = Олигофрения.
Par = Парaномия.
Pp. = Прогрессивный паралич.
Pph. = Парафрения.
Presb. = Пресбиофрения.
Psych. = Психопатия.
Quer. = Бред сутяжничества.
Tr N. = Травматический невроз.
Tub. Scl = Туберозный склероз.
Nobs. = Невроз навязчивых состояний (obsessiones).
408
дают себя знать уже в детском возрасте большою живостью воображения при истерии и у паталогических обманщиков, раздражительностью (возбудимые, сварливые, Quer., Mdp., Hy) боязливостью (Nobs, Nsp,), подавленностью (Mdp.), шаловливостью (Mdp.) ханжеством (Ep., и Dp.), повышенным чувством собственного достоинства (Par.), жестокостью и бездушием (антисоциальные личности). В поведении и образе действий проявляется пугливость, замкнутость, упрямство, (Dp.), нерешительность или предприимчивость (Mdp;), неустойчивость, неуживчивость, импульсивность, непокорность, преступные наклонности (различные формы Psych.), непостоянство (Hy). Детская незрелость общей духовной личности характеризует разные виды инфантилизма; дисгармоничность предрасположения, односторонняя одаренность наряду с бросающимися в глаза недостатками — характеризует психопатию.
3. История болезни должна раньше всего раскрыть те причинные влияния, которые могут быть доказаны. Здесь могут обратить на себя внимание инфекционные заболевания матери во время беременности, затем преждевременные (lues) или тяжелые роды (кровоизлияния в черепную коробку, асфиксия), поздние детские заболевания, особенно если они были связаны с судорогами или преходящими или длительными параличами; дело здесь может идти об инфекционном энцефалите или менингите, о действии ядов обмена веществ или кишечных, при хроническом течении о сифилитическом менинго-энцефалите, эндартериите или гидроцефалии. В позднейшей жизни в качестве внешних причин помешательства играют роль злоупотребление алкоголем и сифилис, следов которого нужно самым тщательным образом искать (пока-зания больных и окружающих относительно заражения и прежних проявлений, бездетность, смертность детей, преждевременные роды, физические признаки). Гораздо меньше значения и без труда обнаруживаются повреждения мозга, инфекционные заболевания, морфинизм и кокаинизм. Психические причины также не оказывают особенно большого болезнетворного влияния. Следует отметить душевные волнения (Hy.), тюремное заключение (Cps.), несчастные случаи, которые связаны с получением страховой премии, (Tr. N.), сутяжничество (Quer), глухота с ее психическими последствиями, воздействие других

больных (индуцированное помешательство), эмоционально возбуждающая, истощающая деятельности в то время как так часто упоминаемое простое “переутомление” является само выражением повышенного напряжения, обусловленного уже существующими болезненными процессами или дефекностью.
л-
409
Существенные опорные пункты для суждения о болезненном состоянии дает далее характер его развития. Прежде всего должно быть установлено, идет ли дело о прирожденном, существующем с раннего детства (Olig. Psych.), или о позднее приобретенном заболевании. Затем должно быть различаемо внезапное или хотя бы быстрое и постепенное развитие расстройств, хотя различные типы развития часто могут встречаться при одинаковых заболеваниях (Mdp., Dp., Pp.).
Известная стойкость болезненных явлений с колебаниями или без них (Olig. Psych., Nobs; Kr; Par.) течение прогрессирующее (Pp; Dp., Ascl; Lc.) или приступами (Mdp; Ep; Hy; иногда Dp.) дают возможность сделать заключение о роде заболевания. Важно далее установить, наступало ли после прежних заболеваний полное выздоровление (Mdp) или наблюдалось изменение духовной личности пациента (Dp.).
Еще ближе подходим мы к суждению об имеющемся пред нами состоянии, констатируя те физические и психические расстройства, которыми начиналось настоящее заболевание.
Следует обратить внимание на изменение личности (Dp., и Pp.,) повышенную раздражительность (Pp.), ослабление памяти (Pp., Lc, Ascl; Dsen, Korss), расстройство запоминания (Korss; Presb., Pp; Ascl.), галлюцинации (Dp; Del. Trem. Hall, Kk., Lc, Cps.), печальное, боязливое или веселое настроение (Mdp; Dp; Pp.), слабость воли (Pp; Ascl; Dsen), бред (Dp., Mdp., Pp. Hal. Par. Pph., Cps; Kk.), возбуждение (Mip; Dp; Pp; Dtr; Del.), ступор Dp., Mdp; Pp; Cps; Ep; Hy.) странные поступки (Dp., Pp., M.). Со стороны физической на первом плане стоят припадки (Ep., Hy., Pp., Ale., Lc, Ascl., реже Dp), параличи (Ascl, Lc Pp, Hy), двигательные расстройства глазных мускулов (Lc), подергивание (Chorea, Hunt: Hy.), изменения речи (Pp., Ascl., Lc, Alzh), походки (Pp., Lc, Ascl, Tr., N., Hy.), почерка (Pp. Ascl., Hy; Lc).
В Исследование данного болезненного состояния
I. Психические симптомы болезни
а) Внимание и способность усвоения восприятий. Раньше всего следует узнать, возможно ли возбудить внимание больного. Это не удается при оглушенности и бессознательности (S., Del.), при глубоком слабоумии (Id., Pp., Ascl., Alzh., Dsen), при спутанности (тяжелое маникальное или паралитическое возбуждение), наконец при негативизме (Dp.); здесь даже при полном
410
спокойствии и рассудительности признаки, указывающие на наличность внимания отсутствуют (поднимание взора, поворачивание головы, напряжение в выражении лица).
При повышенной отвлекаемости (M., Pp.,), хотя и удается возбудить внимание, но не удается фиксировать его на более долгое время.
Известное измерение внимания можно получить, заставляя больного последовательно подчеркивать одну или несколько определенных букв при чтении. Число ошибок и пропусков, получившихся в известное время и при известных условиях, дает возможность сделать заключение о способности длительно сосредоточивать внимание на определенной работе.
Усвоение внешних впечатлений может быть замедленно и затруднено (Olig., Ep., Dsen., Ascl., Pp., Korss.X Еще чаще больные, хотя и в состоянии правильно воспринимать простые впечатления, не могут их перерабатывать; они не понимают смысла сложных картин, смысла происходящего в окружающем, не разбираются в нем. При тяжелых мозговых заболеваниях (Pp., Ascl., Lc, Alzh) может исчезнуть способность правильно узнавать предметы и понимать (асимболия значение произнесенных слов, букв, жестов (угрозы, призыва, поклона).
Более точные измерения способности усвоения восприятия можно провести с помощью тахистоскопических приспособлений, в которых группы зрительных раздражений делаются видимыми на столь короткое время, что только часть их может быть узнана. Отношение правильно воспринятых раздражений к общему числу их дает единицу сравнения; одновременно встреченные ошибки дают ценные данные относительно наклонности к извращению восприятия.
Определенный источник ошибок усвоения восприятий образуют обманы чувств при чем они частью изменяют действительные восприятия (иллюзии), частью отражают впечатления, которым вообще не соответствует никакое внешнее раздражение (галлюцинации). Зрительные обманы встречаются с большой чувственной ясностью при Del. trera. и Kk.; далее напоминая сновидения, при различных формах Del и S, при Hy., иногда также при Mdp., и Dp. Слуховые обманы (“голоса”) характеризуют прежде всего Dp., затем Hall и Kk.; они могут наблюдаться далее при известных формах Lc, гораздо реже при Pp., а также при Mdp. Ложные ощущения в области осязания и внутренних органов встречаются при Del. tr, Kk при Dp., и Tabes, Pp. Обманы обоняния и вкуса не редки при различных заболеваниях и часто стоят в тесном соотношении с идеями отравления.
411
Испытание способности усваивать впечатления и перерабатывать их, дает нам одновременно и картину состояния сознания, ясно ли оно, затуманено ли (в тяжелых состояниях возбуждения и подавленности Mdp и Pp), сновидно оглушено (Del и S.) или совершенно отсутствует (припадки особенно при Ep., Pp., менее

полно при Hy.).
Ь) Способность запоминания и память. Способность запечатлевать предложенные впечатления (запоминание) нарушена больше всего при Korss и Presb, в последнем случае наряду с глубоким расстройством памяти. В меньшей степени способность запоминания страдает при всех состояниях, связанных с затемнением сознания (Del., S; Mdp.) далее при тяжелых заболеваниях головного мозга (Pp., Ascl., Ls., Alzh). Испытывают ее называя больному несколько чисел или слов и требуя повторения через короткое время (не больше i-ой — 2-х минут), вставляя или нет отвлекающие впечатления.
Для точного измерения можно связать повторение виденного через различные промежутки времени (о—30, 60 или 120 секунд) с тахистоскопическим опытом усвоения восприятий. Ebbinghhaus'oBCKHrt способ заучивания рядов бессмысленных слогов с повторением их применим у сознательных больных, точно также как и предложенное Ranschburg'oM усвоение пар слов, из которых второй член должен стоять в ассоциативной связи с первым.
Потерю воспоминаний из прежней жизни мы наблюдаем в наибольшей степени при Dsen., Pp. и Ascl., затем при Ep., гораздо меньше при Dp. Это расстройство памяти исследуют посредством вопросов по поводу знаний, приобретенных обучением (школьные знания, особенно счет) и событий жизни. Особенно не точны бывают часто временные даты из прошлого, именно при Pp., Dsen.
От сохранения памяти зависит главным образом запас опыта, находящегося в распоряжении больного. Кроме вопросов относительно различных жизненных отношений, которые могут дать представление о кругозоре больных, можно еще пользоваться, как мерилом, перечислением в определенное время возможно большего числа представлений одного определенного порядка (животные, домашняя утварь, добродетели). Пробелы в воспоминаниях образуются обыкновенно при помрачении сознания, а именно в S. (Ep., Hy., Del. trem.); но нередко они распространяются и на время до начала расстройства (ретроградная амнезия, особенно после повреждений мозга и попыток повешения). В редких случаях (Korss., Hy.) могут быть
412
забыты переживания последнего года, даже всей прежней жизни.
Важную группу расстройства памяти представляют псевдореминисценции, которые часто заполняют действительные пробелы и могут быть искусственно вызваны настойчивыми, на водящими вопросами. В других случаях псевдореминисценции дают основу для содержания бреда (Par; Pph; Ale; Cps; Quer.) при чем события прошлого изменяются сообразно господствующим желаниям и опасениям. Мы судим об этом по позднему возникновению мнимых давних воспоминаний, по их тесной связи с всем кругом мыслей больного и особенно по неестественной точности деталей, по постепенному изменению и разукрашиванию, которые претерпевает рассказ больного, и совершенно несоответствующему месту, которое больной приписывает себе в рассказываемых событиях.
c) Ориентировка. От усвоения восприятий и способности запоминания существенно зависит ориентировка больных относительно места их прибывания, времени и всего положения, в котором они находятся. Она нарушена при затемнениях сознания (Del; S.) и при многих слабоумиях (Korss; Presb., Ascl., Pp., Alzh. Но существует еще и бредовая дезориентировка, при которой правильное толкование впечатлений нарушается бредовыми влияниями. (Mdp. Dp.). Простыми вопросами можно раскрыть эти расстройства.
d) Течение мыслей. Затруднение мышления мы встречаем в состояниях затемнения сознания (Del и S.) и при интеллектуальной задержке, благодаря эмоциональному напряжению (Mdp.l, далее при слабоумиях (Pp; Ascl; Ep.; Dsen., Alzh., Olig.). Мы без затруднений судим об этом по замедлению ответов на простые вопросы, поскольку это не обусловлено затруднением речи. Там, где сила мышления отсутствует, как например при слабоумиях и часто уже рано при Dp., временами может наступить, повидимому, полная пустота в мыслях, так что мы видим перед собою больных безучастными и неподвижными. Повышенная отвлекаемость ведет к потере представлений о цели и тем самым к скачке идей (M., Pp., Del., — опьянение, Kk., иногда La, Ep.) с внешними привычными речевыми ассоциациями, и ассоциациями по созвучию. Обстоятельность при эпилепсии получается благодаря неуменью выбрать только существенное из всего имеющегося запаса представлений. Частое повторение одних и тех же представлений, которые порою делаются невыносимыми, встречаем мы при Dp. Потеря связи между отдельными членами хода мыслей (спутанность; ср. стр. 381) может образоваться различным путем, именно
413
при значительной скачке идей, когда все же временами обычно можно уловить некоторую связь, или при свойственной Dp. разорванности хода мыслей, когда различнейшие отрывки мыслей и речи нанизываются без всякого отношения друг к другу. При этом иногда наблюдается “игра слов”, бессмысленное сочетание отдельных слов и слогов.
Весьма употребительное вспомогательное средство для получения представлений о ходе мыслей больного является ассоциативный эксперимент с измерением времени или без него (см. отд. VI).
Своеобразные расстройства течения мыслей могут быть вызваны навязчивыми представлениями. Свободное течение представлений нарушается здесь тем, что известные мыслительные навыки (счет, вычисления), неприятные представления, страхи с мучительным насилием врываются в сознание и не поддаются изгнанию. Сущность расстройства легко узнается по живому чувству неудовольствия и по сопровождающему чувству болезни.
e) Образование понятий. Существенную особенность оли-гофренического слабоумия с

задержкой психического развития составляет отсутствие или недостаточность общих представлений, которые при приобретенном слабоумии могут сравнительно хорошо сохраняться как остатки прежнего духовного развития Так, мы видим, что имбециллы и слабоумные эпилептики часто сносно отвечают на все вопросы, касающиеся ежедневного чувственного опыта, в то время как выходящие за этот предел представления им совершенно недоступны. Наоборот, заболевания с разрушением мозга, начинающиеся в зрелом возрасте, могут сделать невозможною простейшую психическую работу, несмотря на то, что на ряду с этим сохраняются еще значительные остатки высшей духовной деятельности.

f) Суждение и умозаключение. Высшая умственная работа может быть временно нарушена затемнением сознания, а также глубокими волнениями. Отсюда предположение о слабоумии всегда сомнительно, пока имеются подобные условия. Длительное нарушение способности суждения, подобное тому, которое обусловливается различнейшими процессами слабоумия (Pp., Dsen., Ascl., Alzh., Lc, Dp., Korss., Olig.) распознаются по ответам на ведущие к этой цели вопросы, именно определения понятий, различения, причинные зависимости, которые, конечно, должны быть по возможности приспособлены к степени образования, кругозору больных. Также и передача прочитанного отрывка, описание жизни, рассказ о событиях дают возможность понять ход умственной работы больного. Особые, служащие для

414

этой цели опыты состоят в заполнении пропусков в отрывке для чтения (Ebbinghaus), образовании предложений из данных слов, объяснении басни, подыскании подходящих примеров пословицы, понимании острот и комичных положений, понимании внутренней связи в ряде картинок. Кроме того, обыкновенно уже простой разговор о различных жизненных соотношениях, о ранее пережитом, о настоящем положении и планах на будущее дают возможность ценного заключения о способности больных правильно судить о событиях и людях, получать общий взгляд на связь событий, составить себе миросозерцание.

Важнейшим источником ошибок при умственной работе являются влияния, создающие бред, которые следует искать раньше всего в эмоциональных потребностях, в желаниях, надеждах и опасениях. -В общем мы раньше всего отличаем скоропреходящие то возникающие, то снова исчезающие, часто изменчивые бредовые идеи от прочных и неизменных. Первые мы встречаем при делириозных состояниях (Del. trem., Del., Ep., Hy), затем при Pp., где бредовые идеи обнаруживают особое свойство: легко изменяться под влиянием беседы, в то же время часто бывают безгранично бессмысленны и полны противоречий. При мании также бредовые идеи большею частью поверхностны, игривы, высказываются без внутренней убежденности. Гораздо устойчивее они при меланхолических состояниях, где они поддерживаются одно-образной депрессией и нередко духовно перерабатываются, приводятся во внутреннюю связь и украшаются подробностями. Совершенно не поддающиеся влиянию оказывается бред при Dp., большею частью он связан с галлюцинациями, при чем не делается попытки ни глубокого его обоснования, ни опровержения ближайших возражений; долгие годы он может удерживаться здесь в совершенно однообразной форме. Но обыкновенно он все-таки подвергается медленным видоизменениям, именно в том направлении, что делается все более бессмысленным, полным противоречий и разорванным. В то же время первоначально небольшое влияние его на поведение все более возрастает.

Гораздо продуманнее бред при Paraphrenia systematica (случай 59). Он развивается медленнее, сначала в форме бреда преследования, питаемого подозрительным толкованием действительных переживаний и предположений и только позднее слуховыми галлюцинациями, при чем больные путем размышлений стараются обосновать бред и защитить от возражений. Только через значительный промежуток времени бред делается расплывчатым и странным, вместе с тем все более выступают на первый план идеи величия, первоначально слабо обозначенные.

415

Развитие бредового миросозерцания, основным пунктом которого является отношение собственной личности к окружающему, мы находим при паранойе. Здесь постепенно воздвигается “система”, здание бреда, фундаментом которого служат скрытые опасения, желания, надежды. Полные предубеждения наблюдения, ложные воспоминания дают материал, который перерабатывается с точки зрения бреда преследования и величия, приводится во внутреннюю связь и упрочивается. Так бред становится составной частью личности, вероисповеданием, которое несмотря на опыт и возражения направляет поведение бо-льного даже тогда, когда больной о нем не думает.

Содержание бредовых представлений лишь в очень ограниченной мере позволяет сделать заключение о роде данного заболевания. Идеи греховности встречаются нам чаще всего при меланхолии, но могут быть также при Dp. и Pp., большею частью более бессмысленного содержания. Очень распространен бред преследования, именно при Dp. (бред воздействия), при Hall., при Kk., при психогенных расстройствах у арестантов и у глухих, при Quer. Затем при известных формах Par. и резко выраженный при систематизированной Pph, но также и при Mel., здесь большею частью в связи с бредом греховности, наконец иногда при Pp. и Dsen. Ипохондрические идеи встречаются при очень раз юобразных заболеваниях, в бессмысленной форме особенно при Pp. и Dp., частью также при Mel., Dsen, Ascl. Менее причудливыми проявляются они при Hy., при Tr. N., Nerv., Nsp. Идеи обеднения встречаем мы главным образом при Mel., при Dsen., между тем как бред ревности наблюдается раньше всего при Par., Ale и Kk., иногда также при Dp. и Dsen. Из различных видов идей величия, идеи непомерного богатства, высокого звания и способности встречаются прежде всего при Pp., затем в более игривой форме при M. Высокое происхождение,

притязания на большое богатстве, божественная миссия, тайные любовные отношения с высокопоставленными лицами — обо всем этом говорят больные с Dp. и Par., у последних часто присоединяются к этому еще бред великих изобретений и долженствующих осчастливить человечество задач. Подобные же явления обнаруживаются при Pph. и при Cps.

g) Умственная работоспособность. Для оценки качества умственной работы можно пользоваться приведенными под литерой f приемами. Кроме того можно определять скорость, с которой разрешаются определенные простые задачи. Целесообразнее всего последовательное сложение напечатанных однозначных пар чисел с подписыванием полученных сумм.

Рекомендуется ю дней под ряд, каждый раз в продолжении ю минут, заставлять подсчитывать числа и работу каждой минуты отделять чертой, затем в четные дни делать в середине паузы в 5 минут. Таким образом можно установить среднюю работу первых 5 минут всех дней, затем успех в средней работе в зависимости от упражнения в последние 5 дней, по сравнению с первыми. Известную меру значения отдыха и вместе с тем степень утомляемости дает сравнение работы во вторые 5 минут в дни с паузой или без нее. Затем, о величине напряжения воли, с которой выполняется работа, можно некоторым образом судить по силе падения работы от первой к последующей минуте каждый день; об изменении этого напряжения можно судить по размахам и по частоте колебаний в работе отдельных минут. Результаты подобного рода опытов имеют особое значение прежде всего при Tr, N.. при котором высота работы и волевого напряжения, очень невелики, поэтому работа в отдельные минуты во время всего опыта бывает очень низка и однообразна. Этому небольшому напряжению соответствует отсутствие влияния отдыха в дни с паузами, средняя интенсивность работы после паузы не повышается здесь значительно по сравнению с работой без пауз.

h) Расстройствав области чувства. Очень большое значение имеет отсутствие эмоциональной реакции на жизненные события, в особенности если оно одновременно не сопровождается значительным расстройством умственной работоспособности (Dp). При всех болезненных процессах, ведущих к слабоумию, все более и более развивается эмоциональная тупость, охлаждение прежних привязанностей, потеря интересов, равнодушие по отношению к переживаниям. Мы особенно отмечаем эту перемену при Pp., Dsen., Ascl., Korss., а также, но в меньшей степени, при Ale, кроме того, само собою разумеется, в различных степенях при Olig. и при Кг. При Dp. эта эмоциональная тупость часто представляет первый признак надвигающейся болезни и выступает обыкновенно в клинической картине значительно сильнее, чем расстройства интеллекта. При этом часто даже развивается вместо прежних привязанностей необоснованное и непобедимое отвращение к близким людям,

При Alzh. эмоциональные реакции удивительным образом, павидимому, остаются сохраненными лучше, чем умственные способностях, которые поражены сильнейшим образом. Также и при Lc. живость эмоциональных процессов обыкновенно менее страдает, чем интеллектуальные способности.

Болезненные окраски настроения очень часты, но вовсе не характерны для определенного душевного заболевания: мы часто

наблюдаем в течении одного и того же заболевания, как следуют друг за другом настроения печальные, тревожные раздражительные и веселые (Mdp., Dp., Pp.). Преимущественно подавленное настроение наблюдается при Ascl, Tr. N., тревожное при Hal, раздражительное при Epil., S., большею частью веселое при Presb , частью также при Lc. Важнее те особые оттенки, которые проявляются на общем фоне настроения при различных заболеваниях; внутреннее напряжение и мучительная боязливость при Mel., безучастная угрюмость или веселость с нелепостью при Dp; задорная веселость или надменная раздражительность при мании; радужное чувство счастья и слабоумное отчаяние при Pp. смесь скрытого страха и юмористической насмешки над собой при Del. trem. Нередко настроение подвержено неожиданным колебаниям, так например при Mdp., и Pp. Обыкновенно здесь можно до известной степени влиять на настроение посредством уговоров, особенно это легко при Pp. При не слишком тяжелой меланхолической подавленности при просьбе сделать приветливое лицо можно также видеть иногда удивительную перемену лица больного. Кратковременные, периодические печальные или раздражительные изменения настроений встречаются при Ep. и Psych., именно у импульсивных и у больных с аффектэпи-лепсией.

Бурное возбуждение со страхом сопровождает некоторые пресенильные душевные расстройства, быстро ведущие к смерти.

Как длительные индивидуальные особенности мы встречаем цри Mdp., то мрачное, ипохондрически окрашенное, то уверенное и радостное, то раздражительное, то постоянно колеблющееся предрасположение в области настроения; при Nobs., Nsp и Nerv — боязливость и отсутствие самоуверенности, у Quer. сварливых и Psych повышенное чувство собственного достоинства и раздражительность, у антисоциальных отсутствие сочувствия к людям, у возбудимых бурность душевных движений, у лгунов и мошенников живость и поверхностность эмоциональной окраски, у Par. повышенную оценку собственной личности и недоверчивость. Ну отличаются легкою возбудимостью и чрезмерностью чувств., тем что у них чувственные влияния приобретают слишком большое значение в различных областях физической и душевной жизни.

i) Область инстинктов. При недостаточном развитии или тяжелом повреждении высших элементов воли инстинкты разного рода могут приобрести на короткое или долгое время влияние и на поступки. Сюда относятся сосание, кусание, бессмысленное
418
разрушение, бесцельное беспокойство; сюда же можно отнести и ритмические движения, трясение, качание, прыганье (Id).
Внезапные, совершающиеся быстро, с неудержимой силой, часто совершенно бессмысленные импульсивные поступки мы наблюдаем при Dp.; возможно, что и бесцельное, однообразное возбуждение кататоников должно быть рассматриваемо под этим углом зрения. На почве вырождения могут затем отдельные инстинктивные стремления достигать болезненного развития, осу ществляясь вопреки всякому разумному соображению (ср. стр. 332). Сюда относится страсть к бродяжничеству, коренящаяся в потребности к. свободе и встречающаяся или в виде длительной особенности или в виде припадков; она лежит в основе многих форм упорного школьного манкирования. Из первоначального стремления к собственности образуется влечение к воровству и накоплению, к покупкам; из радости при виде пылающего костра, иногда также из чего-то подобного тоске по родине образуется влечение к поджиганию; из страсти к наслаждениям — влечение к бессмысленному мотоваву. Происхождение непреодолимого стремления к деланию долгов, к составлению ядов, к убийству, которое мы встречаем в редких случаях и чаще у женщин — совершенно не выяснено.
Очень распространены уклонения в жизни инстинктов самосохранения и воспроизведения. Ал петит более или менее страдает при всевозможных состояниях расстройств настроения, как с тоской, так и с возбуждением (Mdp., Pp., Dp., Del.). Аппетит делается капризным и непостоянным при Hy. u Psych. С дру-гой стороны, мы часто встречаем при Id. и при состояниях слабоумия при Pp. и Dp. склонность без разбора проглатывать неудобоваримые и противные вещи Здесь надо также упомянуть развивающееся у некоторых дегерантов стремление к приему лекарств (морфий, снотворные), а также непреодолимое стремление к пьянству, которое обычно объясняется вызывающим веселое настроение влиянием алкоголя. На тяжкую недостаточность инстинкта самосохранения указывает часто наблюдаемое на той же самой почве стремление к самоубийству при ничтожных поводах; далее, стремление наносить себе повреждения при Dp. и Hy, при котором естественные реакции подавлены желаньем как можно сильнее использовать болезнь как орудие борьбы за существование. Из многочисленных извращений полового инстинкта (случ. 63, стр. 380) прежде всего нужно обратить внимание на онанизм (Dp., Psych.), который с его уклонением от естественных целей половой жизни часто является основной, для далнейших извращений, прежде всего для экгибиционизма и
419
для гомосексуальных наклонностей; это последнее нередко имеет промежуточную ступень — бисексуальность. Точно также уклонением от естественных половых целей является фетишизм, который в форме фетишизма платья, белья или обуви влечет к импульсивному воровству, вызывающих вожделение предметов. Как сильное проявление неестественных примесей к половому наслаждению должны быть отмечены садистические и мазохи-стические наклонности, которые сплошь да рядом вытесняют естественные влечения.
к) Волевая деятельность. Поведение больного может прежде всего вытекать из его бредовых представлений, с точки зрения которых они кажутся вполне понятными. Но кроме того существует длинный ряд самостоятельных волевых расстройств, которые без сомнения отчасти находятся в очень тесной связи с болезненными изменениями эмоциональной жизни.
Самым распространенным отклонением от нормы в сфере волевой деятельности является, несомненно, слабость волевого напряжения, недостаток энергии и внушаемость. Это — обычное сопровождающее явление слабоумия, при котором целесообразное самостоятельное хотение постепенно все более и более угасает. Кроме того, мы находим ослабление и отсутствие сопротивляемости воли, непостоянство и отсутствие самообладания; как длительную особенность у большой группы психопатов, именно у нервных, неустойчивых, лгунов и мошенников, а также у возбудимых истериков и импульсивных. Обычно эта слабость воли ясно проявляется во всем укладе их жизни, в беспорядочности и случайности их судьбы, насколько она зависит от их собственной воли.
Упадок воли, исчезновение внутренних побудительных импульсов, (Dp., Pp., Ascl., Dun., Alzh.,) ведет к уменьшению количества движений, к извращению внешнего поведения, однако при некоторых обстоятельствах вместо обычных движений появляются импульсивные движения, (возбужденная Id., ритмические движения, периодические возбуждения в конечной стадии Dp.). При Dp., как первый признак надвигающейся болезни, необыкновенно часто наблюдается при первоначальном расстройстве умственной деятельности, отсутствие энергии и вытекающее отсюда бездеятельное сидение с устремленным в одну точку взором. При этой же болезни бедность движениями в форме “связанности”, может обусловливаться выключением или замыканием волевой деятельности. В первом случае волевые импульсы замолкают только на время или совершенно не оказывают влияния на внешнее поведение больного; это проявляется в восковой гибкости, которую
420
мы, правда в гораздо меньшей степени, случайно наблюдаем и при всевозможных других состояниях,

связянных с преходящим исчезновением волевых движений (гипноз, FVidp., Pp., Ep., Hy мозговые опухоли, гидроцефалия).
“Замыкание” воли которое кроме Dp., может также проявиться, повидимому, в том же виде и при Pp., ведет к негативисти-ческому ступору, при котором не только исчезают естественные и само собою разумеющиеся действия (взглядывйние при обращении, ответы, ответна приветствие, рукопожатие, прием пищи, опоржнение пузыря и кишечника, защитные движения), но также каждая попытка к какому-нибудь вмешательству встречает слепое напряжение сопротивляющихся мыщ.
Сходно могут появляться некоторые ступорозные состояния у Ep., с сильным внутренним напряжением, но здесь мы имеем дело с выражением очень сильной раздражительности, с тревогой, что при более близком ознакомлении с больным видно из мрачного, угрожающего выражения лица и безудержных насильственных разрядов, в противоположность к маскообразным застывшим чертам и полной пассивности при Dp.
В основе задержки воли при Mel. лежит также эмоциональное напряжение. Оно мешает больным приходить к каким-либо решениям, а еще больше энергично приводить их в исполнение. При более высоких степенях болезни движения делаются бессильными или же в самом начале попытки к движению они оста-навливаются, взгляд и выражение лица делаются вялыми, фигура становится согнутой, речь скупой, односложной, монотонной, тихой. Наличность глубокой подавленности, признаки присутствия внимания (обращение взгляда, поворот головы, вздохи, покраснение, ускорение, пульса) беспомощные попытки пойти на встречу обращениям, дают возможность обычно определить значение данного состояния.
Такую же нерешительность, неспособность к активности благодаря все вновь возникающим сомнениям мы находим как длительную особенность при меланхолическом предрасположении и у многих психопатов. Этой особенности близки связанность воли, возникающая благодаря определенным тревожным опасениям которые свойственны Nobs. Здесь, однако, обычно невозможны только некоторые определенные виды деятельности, которые связаны со страхами, деятельность же вообще может остаться незатронутой. С другой стороны, из стремления пересилить внутренние препятствия, могут возникать всевозможные, имеющие суеверное обоснование защитные приемы, именно бесконечные повторения. В очень узкой определенной
421
области оказывается ограниченной способность к действию при Nsp., где это обусловливается чувством бессилия и вытекающими из него неприятными ощущениями.
Противоположность состояниям с общим понижением волевой деятельности, которые мы обобщаем под названием “ступора” (ср. стр. 429), составляет волевое возбуждение (ср. стр. 410). Оно выступает чаще всего вместе с повышенным настроением (опьянение, Kk., M., Pp.) и выражается в беспокойстве, стремлении к деятельности, живой жестикуляции, а также в громкой богатой скорой речи. Оно сопровождается иногда ребячески-игривой веселостью при некоторых истерических сумеречных состояниях; пустой, нелепой веселостью — при Dp. Волевое возбуждение с раздраженным настроением, наклонностью к ругани взрывам гнева и насильственным действиям мы наблюдаем при некоторых состояниях опьянения, именно ажитлрованных формах, далее при Ep., иногда при M., и Hy. Делириозные состояния характеризуются в сфере настроения смешанными состояниями и колебаниями, что соединяется со склонностью к спутанности и в поступках; при Deltr. благодаря сохранившейся рассудительности, которая соединяется с живыми и яркими обманами чувств, больные выполняют разнообразные привычные действия, как бы во сне — “профессиональный бред”.
С маниакальным и делирантным волевым возбуждением, как правило, соединяется повышенная отвлекаемость из которой вытекает частая перемена направления воли. Больные поэтому не в состоянии планомерно соединять в одно целое ряд отдельных действий для достижения своей цели, а дело ограни-чивается попытками, которые вскоре затем сменяются и вытесняются новыми направленными в другую сторону. В легкой форме встречаем мы это расстройство в виде непостоянства и суетливости при маниакальном предрасположении.
Совершенно другую картину представляет тревожно тоскливое возбуждение, с однообразными стоном, ломаньем рук, со стремлением уйти, спрятаться, сопротивляться, которое мы встречаем при возбужденной депрессии (Mdp.), иногда при Pp., изредка при Dp., наиболее же ярко оно бывает выраженным в отдельных случаях тяжелого пресенильного психоза.
Важные заключения относительно состояния волевой деятельности часто дает нам наблюдение о степени воздействия на эту деятельность внешних агентов. Усиление волевых проявлений от этих воздействий, повышенную податливость холи наблюдаем мы при M., а также в тех случаях смешанных состояний с маниакальной окраской, которые сопровождаются заторможе-
422
нием мышления и воли (бедная мыслями мания, маниакальный ступор).
Чем больше на таких больных обращают внимания тем все живее они становятся. То же бывает, хотя в меньшей степени, при меланхолических картинах и смешанных состояниях. При Hy обычно также легко удается заметить влияние внешних воздействий на больных; но она может выражаться как в упорном уклонении или шаловливом увертывании, так и в усилении возбуждения и страстных вспышках. В противоположность этому при Dp. бросается в глаза недостаток внутренней связи между волевым проявлением и воздействием окружающего. За исключением тех не редких случаев, где мы встречаем

умышленное отгораживание от внешнего мира, и в других случаях больные удивительно мало реагируют на внешние события; на их возбуждение также как и на их ступорозные состояния не удается существенно повлиять никакими вмешательствами, хотя бы возбуждение и обнаруживало самостоятельные колебания проистекающие из внутренних причин.
Глубоко зашедшее расстройство воли при Dp. ведет к целому ряду неправильностей, соединение которых делает поведение больного противоречивым, странным и непонятным. Кроме уже вышеупомянутого негативистического отграничения от влияний окружающего и автоматической подчиняемое™ мы наблюдаем иногда и сочетание негативизма, с подчиняемостью, в ответ на какое-нибудь приказание, оно выполняется, но как раз в виде противоположного действия. Гораздо чаще встречаются те бесцельные уклонения и та вычурность повседневной деятельности, которые мы обобщаем под названием “манерности”: неповоротливое, несвободное, неуклюжее и замысловатое выполнение самых обыкновенных дествий, неестественные и неудобные позы. Все эти манерничанья проявляют большую склонность к “стереотипии”; они однообразно воспроизводятся и бессмысленно повторяются. В эту путаницу волевых проявлений вклиниваются еще иногда вышеупомянутые импульсивные действия.
Другого рода более грубые расстройства волевой деятельности вызываются очаговыми мозговыми заболеваниями, именно Ascb., Lc, Alzh. В тяжелых случаях совершенно пропадает способность производить простые, целесообразные действия (“апраксия”) потому что больной не способен направлять по правильным птям нужные двигательные импульсы; без сомнения, при этом часто бывает трудно судить о том, какое значение в данном случае играют также недостаточное понимание
423
требований и впечатлений. Иногда бывает возможно по крайней мере копирование действия, которое не может быть произведено самостоятельно. Также способность обращаться с предметами может сохраниться, в то время, как больные не могут привести в исполнение выразительных действий (поманить, погрозить, похлопать в ладоши, поклониться) или произвести определенные жесты (целиться без ружья, считать, деньги, стрелять, играть на скрипке, звонить). Но даже при возложно-сти отдельных действий может расстроится способность их сочетания для выполнения одного общего плана, у больных не достает формулы действия, заранее приготовленного представления о цели и ведущих к ней путей. Так, мы можем наблюдать как такого рода больные при зажигании свечи, запечатывании письма отдельные частичные действия выполняют не целесообразно и о различных этапах делают ошибки, так как у них нет способности из представляющихся возможностей выбрать те, которые ведут к цели (“идеаторная апраксия”). Очень часто при всех этих пробах мы можем наблюдать действие предыдущего волевого импульса, который снова выплывает и мешает правильности работы (“явления персеверации”).
Всевозможные заключения относительно простых волевых растройств дает нам уже записывание ритмичных движений пальцев и измерение силы при посредстве рядов динамометрических опытов. Первый метод показывает нам при Dp. уже в этих простейших волевых действиях много отклонений, далее, при Тг. N. он показывает неравномерность волевых импульсов. Последний метод учит нас, что при травматическом неврозе работа производится с необычайно малым и почти не меняющимся напряжением воли.
1). Выразительные движения. Естественно, что в жестах, речи и письме отражаются более или менее ясно те изменения, которые вносит болезнь в душевную жизнь больных. Так, большую живость жестикуляции мы наблюдаем при мании, монотонность при тревожно тоскливых возбуждениях, преувеличенность быстро меняющихся жестов при Ну., манерность при Dp., (гримасы, беспричинный смех), ослабление и наконец полное исчезновение при разных ступорозных состояниях: при Dp., с. явлениями негативизма и автоматической подчиняемости (пустое, маскообразное выражение лица, неподвижная, связанная поза), при Mdp с задержкой мышления и воли (печальные, тоскливые черты, общая вялость позы), при Ер, и Ну. с эмоциональным напряжение и затемнением сознания. Бедность жестикуляции также наблюдается при тяжелых слабоумиях Рр., AscL, Dsen.,
424
Alzh., и Id., если не принимать во внимание случающиеся иногда при Ascl., судорожные смех и плач. Волевое возбуждение маньякальных больных проявляется в громкой, торопливой, безудержно текущей, часто обрываемой, перескакивающей с одного предмета на другой речи. То же самое мы наблюдаем при опьянении и при Рр, в последнем случае с присоединением артикулярного затруднения речи. Однообразные стоны и жалобы являются выражением тоски при меланхолии, в том случае, если волевая задержка не лишает больного вовсе языка, как это часто бывает, или позволяет лишь произносить тихие, отрывочные слова. При Dp., негативизм ведет к упорному молчанию (мутацизм); манерность ведет к напыщенности речи, к умышленному переворачиванию слов, к игре слов, к образованию новых слов; стереотипия ведет к бессмысленному повторению (“вербегирация”) и к употреблению одних и тех же оборотов. Особенно бросается в глаза частое отсутствие связи между вопросом и последовавшим на него ответом; оно может усилиться до явления, называемого “разговор мимо темы” (vorbeireden), до намеренного избегания правильных ответов. Родство с этим явлением представляется “разорванность речи” (случай 15, 17), полное отсутствие внутренней связи между отдельными оборотами речи, иногда даже между частями одного предложения. Если наряду с подобного рода речью поведение больного в других отношениях остается достаточно правильным, то такое явление называют речевой спутанностью.
При внешне сходном “разговоре мимо темы” у истеричных (Ganser'oBCKoe сумеречное состояние) обычно

ответы фактически неправильны, но не бессмысленны (срав. стран. 433).
Из более грубых расстройств речи нужно прежде всего назвать афазию, которая от простого затруднения в подыскании слов, из смешения, коверкания может дойти до полного отсутствия речи, что бывает при Ascl., Pp., (ел. 34, 36); мы исследуем афазию, заставляя называть повседневные и необычные вещи. Довольно часто сохраняется, по крайней мере, возможность повторения. В беглой речи афизики выдают себя бесцветными и н-еопределенными оборотами, избеганием называния вещи, частым повторением вставочных слов. Неполное расчленение предложений наблюдается прежде всего при недоразвитии речи у Id. (случай 71), реже в конечных стадиях Dp. Правильное сочетание слов в предложении может так же пострадать при Pp. Ascl. Zc. Здесь нужно различать аграмматизм, простое нагромождение слов без образования предложений, как это часто бывает в дет-
425
ской речи и акатафазию — отсутствие грамматической связи между словами.
Особую форму остановки развития речи представляет немота при наличности слуха (Horstummheit) длительное отсутствие речи у детей, несмотря на хорошее ее понимание.
Вышеупомянутые расстройства относятся к внутренней речи, к ее психическому аппарату, наряду с этим наблюдаются расстройства внешней речи, т. е. расстройства при выполнении необходимых для речи движений — характерное для Pp. "спотыкание на слогах", т. е. неспособность в правильной последовательности воспроизвести отдельные движения речи. Таким образом возникают пропуски, перестановки, сплетения, удвоения букв и слогов которые особенно явственны при произнесении более трудных слов (экстерриториальность), третья конногвардейская артиллерийская бригада1). Если правильное приспособление речевого аппарата к все меняющимся задачами затруднено или совершается медленно, то дело может доходит до остановок и запинаний (Pp.) при случае до отрывистости и скандирования (множественный склероз, Pp.). При опьянении, а также при заболеваниях можжечка недостаточная способность, кулатурных органов речи приводит, наряду с неясной артикуляцией, к своеобразной, как бы толчкообразной речи; при Ascl часто наблюдается резкая наклонность к персеверации раз произведенного речевого движения, что при A!zh. достигает наивысшей степени; здесь в конце концов речь распадается на путанный ряд бессмысленных, часто повторяющихся слогов.
Паралич мускулов речи, который свойственен бульбарному параличу, а также и Pp., а в менее резкой степени часто наблюдается при Ascl, Lc, Del. tr. вызывает неясное произношение отдельных звуков — смазанная, спотыкающаяся речь. Совсем другое значение, чем все эти органически обусловленные расстройства имеет заикание, т.е. неспособность преодолеть судорожный начальный звук того или другого слова. Как показывает самое возникновение этого явления и его усиление при смущении, оно является результатом связи речевых движений с эмоциональными влияниями; мы наблюдаем это явление у нервных, психопатически предрасположенных субъектов. Еще иначе должна быть оценена картавость, т. е. неясное и недостаточное выговаривание определенных букв — это явление указывает на недостаточную способность управлять тонкими движениями речи и наблюдается либо длительно, либо временно при задержке психического развития.
426
Для более точного исследования всех этих расстройств нам доставила незаменимое вспомогательное средство — фонографическая запись колебаний речи, благодаря которой стало возможно более точное исследование силы звука, времени его колебания, а также мелодии голоса (повышение и понижение голоса).
В письме прежде всего могут находить свое выражение все те расстройства, которые касаются внутренней речи (скачка идей, разорванность, манерность, стереотипия). Маниакальные больные продуцируют богатое, бегло набросанное большими, выразительными штрихами письмо; меланхолики — скудные, отрывочные, вымученные записи; при Dp. негативизм может мешать письму вовсе или приводить к неоконченным попыткам письма: манерность и стереотипия может вести к разукрашенному, замысловатому писанию с однообразными, бесконечными повторениями. При Pp. наблюдается грязное, испачканое писание, в котором с одной стороны обнаруживаются явления аналогичные с спотыканием на слогах, т. е. пропуски, удвоения, смещение и перестановка букв, слогов и слов, а с другой стороны нетвердость, размашистость и неравномерность отдельных штрихов письма, которое обусловлено недостаточной способностью управлять тонкой игрой движений, В более поздних периодах заболевания обычно наблюдается полная аграфия, письмо делается бессмысленным царапаньем. Тоже самое наблюдается при других тяжелых заболеваниях головного мозга (Ascl., Zc. Alzh.). При Hy и Tr. N. мы наблюдаем атактическое письмо; при первой иногда встречается аграфия, обусловленная явлениями вытеснения. Недостаточное развитие внутренней речи и недостаточная способность управлять речевыми движениями вызывает при Olig — акатаграфию, т. е. неспособность правильно составлять слова и предложения, а с другой стороны беспомощное неуклюжее письмо.
Более тонкие расстройства письма, измерение времени, силы нажима, скорости, направление писания и их сложные взаимоотношения могут быть исследованы при помощи специального аппарата — "весов для письма".
2. Физические признаки болезни
Общий осмотр больного дает нам возможность судить об его общем состоянии. Мы должны определить, соответствует ли оно его летам, нет ли физического недоразвития (рост, вес, выраже-

ние лица, сравнительная величина головы), или преждевременной старости (поседение, поблекшие черты, согнутая фигура). Затем отмечаются особенности телосложения (карликовый или слишком большой рост, акромегалия, искревление позвоночника, членов), а также состояние питания (обилие жирового слоя, мускулатура, цвет кожи, окраска слизистых оболочек).
При обследовании кожи — ее сухость, постояное утолщение в соединении с недоразвитием скелета, указывает на Кг.; при Bas. мы наблюдаем тонкую чувствительную, легко потеющую кожу, с живой возбудимостью сосудов. Сильное покраснение после первоначального побледнения почти до припухлости очень распространено при различных психопатиях, при Ну., а также в первой стадии Dp. При последней, именно при ступорозных состояниях, часто наблюдается цианоз и похолодание рук и ног: многочисленные рубцы от уколов на предплечьях, бедрах, груди животе свидетельствуют о наличности морфинизма. Брасающееся в глаза скопление жира на груди и бедрах может обусловливаться дизаденоидны-ми заболеваниями (гипофизис, половые железы). Слабая волосистость и слабо выраженные половые признаки указывают на задержку развития, которая обычно затрагивает и душевную область (случай 74). Редко встречающаяся adenoma seba-ceum может быть одним из проявлений туберозного склероза мозга.
Далее, мы должны обратить внимание на признаки задержки развития и на следы перенесенных болезней. К первой группе прежде всего принадлежат — физический инфатилизм и длинный ряд уродств: заячья губа, волчья пасть, полидаталия, плавательные перепонки, сростание и искривление пальцев на руках и ногах, уродства ушей, неба, ненормальное положение зубов, эпиигипоспадия, крипторхизм, колобома, микрофталь-мия, альбинизм, ненормальная волосистость недоразвитие половых органов, затем позднее выучивание ходить, неловкость движений, неопрятность мочею, картавость. Во второй группе важную роль играют признаки сифилиса: сифилистические заболевания глаз, ушей, носа, сыпи, кожные рубцы, утолщение костей, Гутчинсоновские зубы, параличи глазных мышц, атрофия зрительного нерва, исчезновение коленных рефлексов, спастические параличи, которые могут, правда, вызываться и другими энцефалитическими заболеваниями. На рахит, который, невидимому оказывает незначительное влияние на духовное развитие, указывают искривление позвоночника, грудной коробки, грудины и конечностей, утолщение костных эпифи-
зов, выемки, зазубрение и недоразвитие зубов. Неточно известно значение “Scapula scaphoidea”, западение внутреннего края лопатки, которое мы часто находим у больных со слабым сложением (lues, rachitis?). Уменьшение какого-нибудь из членов нужно рассматривать, как возможное последствие детского паралича. Особенно важны величина и форма черепа, так как они позволяют нам до известной степени судить о состоянии мозга. Маленький череп сам по себе или по отношению к величине тела является последствием недостаточного развития мозга, которое в свою очередь является продуктом недоразвития или бо-лезненых процессов; в данном случае важную роль играет сифилис. То же самое относится к равномерному, шарообразному увеличению черепа с уменьшением скелета лица, что вызывается гидроцефалией. Равномерно увеличенная голова часто соединяется с простым слабоумием.
Иногда рекомендуется более точное измерение величины и формы черепа, согласно методике Reiger'a для того, чтобы составить суждение насколько череп по отношению к длине тела является патологически малым (“относительная микроцефалия”).
Показательным для lues'a является череп с “олимпийским лбом”, который сильно выступает над глубоко запавшими носовыми костями и “натиформный” череп с запавшими венечным и стреловидным швом. Рахитический череп характеризуется утолщенным затылком и грушевидной формой с выступающими бо-ковыми частями. Иногда мы находим разные другие изменения черепа: косой череп, башнеобразный (turmschadel), острые головы и килевидные головы, которые не имеют определенного отношения к клинической картине. Отверстия и рубцы на голове могут дать указания в этнологическом отношении на повреждения головы, в особенности если эти рубцы срощены с костями и болезненны при давлении.
Из областей, принадлежащих головным нервам, глаз и его двигательный аппарат является самым важным. При исследовании зрения важно обратить внимание на цветосознание (Olig. Psych.), затем на величину и форму поля зрения (концентрическое сужение при Ну, половинные или частичные выпадения при мозговых очагах), конечно не говоря уже насколько важно констатировать уменьшение остроты зрения, вызываемой заболеваниями зрительного нерва, о сущности которого дает возможность судить исследование глазного дна. (Застойный сосок) при мозговых опухолях и менингите, атро-

фия зрительных нервов при Рр. и Lc, retinitis при уремии). Встречающаяся иногда при Ну. слепота характеризуется помимо отсутствия какого бы то ни было изменения глазного дна, еще и тем, что больные довольно уверенно передвигаются. Своеобразную картину глазного дна дает редкая амауроти-ческая идиотия (срав. стран. 331).
Очень большое значение имеет точное исследование зрачков. Они могут быть узкими (Рр., в особенности табическая форма Мо.) или очень широкими (Рр., Lc, с другой стороны Ер. Psych., Atropin. del.). Разница в ширине не встречается довольно часто (Рр., Lc. Psych. Dp.). Неправильности формы зрачков, если, она не вызывается сращениями, рассматриваются как признак неравномерной инервации отдельных участков

радужной оболочки. Вялость сокращения, которую трудно определить, наблюдается при Ascl. T)sen., далее при Lc. и Pp., в последнем случае обычно, как предвестник полного исчезновения реакции. Исчезновение всех зрачковых движений наблюдается при атрофии зрительного нерва, также при Lc. и Pp. Характерными для метасифилистических заболеваний (Pp, tabes) является рефлекторная неподвижность зрачков и исчезновение сужения на свет, при сохранившейся реакции на аккомодацию.
Меняющаяся неравномерность зрачков при разном освещении может вызываться разницей в подвижности обоих зрачков. Также при еще сохранившейся реакции на свет (Pp.) содружественное сужение освещаемого глаза при одновременном освещении другого, а также обоюдосторонняя реакция на слабую гальванизацию глаза может отсутствовать. Тонкие исследования зрачков могут производиться особыми увеличительными аппаратами. Именно, можно констатировать (Dp.) отсутствие игры зрачков и отсутствие расширения при эмоциональных переживаниях (страх, боль, умственная работа).
Исследование слуха, помимо определения глухоты, которая может являться причиной умственной отсталости и вызывать иногда бред преследования, важно для открытия заболеваний лабиринта после повреждений головы (переломы черепа), а так же иногда сифилитических изменений среднего уха.
Изменения кожной и глубокой чувствительности мы встречаем прежде всего и более грубых поражениях мозга (опухолях, Ascl. Lc), особенно в связи с односторонними параличами (потеря чувствительности, стереогностические расстройства): конечно, у наших больных с более значительным повреждением психики очень часто бывает невозможно
430
сделать точное исследование. Общее понижение болевой чувствительности представляет обыденное явление при Pp.; при табических формах оно особенно сильно выражено на ногах. При алкогольных невритах встречается то повышенная болевая чувствительность, то понижение кожной и глубокой чувствительности, но на ряду с этим постоянная болезненность при давлении на большие нервные стволы, часто и на мышцы. Разнообразные, часто изменяющиеся и поддающиеся внушению расстройства ощущений могут сопровождать Hy.; а они обыкновенно отличаются тем, что будучи вызваны представлениями, связанными с сильным эмоциональным переживанием, по своему положению и распространению совершенно независимы от распределения нервов. Часто встречаются отдельные болезненные при давлении точки (затылок, -под грудью, боковые стороны в нижней части живота, позвоночник), именно когда на них обращено внимание больных. Тогда часто удается при давлении на эти пункты вызывать припадки или прекращать их.
Из двигательных явлений раздражения мы должны прежде всего обратить внимание на однообразно длящиеся в течение значительного времени, хореатические движения (хорея Syde-nahm'a Huntington'a, после гемиплегии) (стр. 402) и медленные атетотические (как остатки прошедших очаговых заболеваний,). К ним примыкает пестрый ряд истерических судорожных явлений (судороги при глотании, икоты, отрыжка, судорожный кашель, спазм век, подергивание головой, лицом и плечами), paramyo-klonus, хореообразные подергивания), далее “тик” психопатов (кивание головой, гримасы, подпрыгивание, откашливание, прищелкивание, прищуривание). Вторую группу составляют длительные напряжения, которые также могут являться признаком тяжелого поражения мозга и часто одностороннего (Ascl., опухоли, Lc, Alzh., Enc, Hydr. Pp.) или же бывают выражением душевного расстройства (негативистическое напряжение при Dp.). Большое многообразие и изменчивость проявляют он при истерии (контрактуры отдельных частей членов, судорога век, лица, челюстей, аккомодации, половины языка, голосовых связок скашивание глаз, головы, позвоночника, спа-зом мочевого пузыря, кишечника). Наконец здесь следует упомянуть о наступающих приступами судорожных явлениях, о припадках эпилептических, эпи-лептоформых (Ale., AI. Lh. Lc. уремия, Ascl., Enc, Men., Hydr., экляпсия, повреждения мозга, опухоли), корково - эпилептических, паралитических, кататони-ческих, а также аффектэпилетических и исторических (ср.
431
стр. 398). К ним же примыкают обмороки (Ep., Dp., Hy.,) и апоплектические припадки (Ascl., Pp.).
Что касается параличей, то мы должны отличать параличи органические и параличи психогенного происхождения. Наиболее частная форма среди первых, это односторонний паралич половины тела с расстройством чувствительности или без нее, с афазией — (при правосторонних параличах) и аирак-сией (в левой руке при правостороннем параличе). Он может быть вызван прежде всего тою же Ascl., далее — благодаря Lc, Enc. опухолям, эмболиям; вначале бывает вялым, позднее спастическим, с повышением сухожильных рефлексов, клонусом стопы и симптомом Babinsk'oro. Реже встречаются диплегии, (двусторонний Епс, моноплегии, параплегии. В противоположность этим, большею частью длительно-устойчивым или, все таки, лишь очень медленно выравнивающимся расстройствам, вызванным очаговыми заболеваниями, односторонние или ограниченные параличи при Pp., соответственно их происхождению путем микроскопических изменений, бывают большею частью необыкновенно скоропреходящими и могут бесследно исчезнуть уже через несколько дней. Подобные же быстро преходящие и неполные параличи встречаются иногда после тяжелых эпилептических припадков. При Ascl., Lc, Pp., очень часто наблюдаются более или менее распространенные парезы (неравномерная инервация обеих половин лица, слабость одной руки или ноги). Особое внимание следует обращать на параличи глазных мускулов. Етли они не являются остатками острых менингитических, реже энцефалитических заболеваний, то они с большою вероятностью указывают на сифилитический базальный менингит, иногда на встречающийся у старых алкоголиков

Polioencephalitis hamorhagica superior.
Параличи периферических нервов наблюдаются чаще всего при Korss, где они всегда связаны с болезненностью при давлении, при высоких степенях также с мышечной атрофией и реакцией перерождения.
Параличи при Hy., вследствии особых условий их происхождения в больше или меньше ясной связи с резко эмоционально окрашенными представлениями совершенно независимы от области рапространения нервных путей. Их появление, так же как и исчезновение, прихотливо, изменчиво, часто доступно влиянию всевозможных воздействий. Сухожильные рефлексы часто бывают при этом очень живы, может существовать клонус стопы: наоборот, рефлекс Babinsk'oro всегда указывает на
разрушительные болезненные процессы. Хотя мускулы от отсутствия упражнений и могут атрофироваться в значительной степени, но никогда не дают реакции перерождения. При близко родственном травматическом неврозе полных параличей обыкновенно не наблюдается, hi блюдается только значительная степень бессилия отдельных членов. То же самоме относится и к Nsp.
Неловкость и неуверенность движений может или существовать с молодости, вследствии того, что воля не в состоянии достигнуть полного господства над своими механизмами (Olig.), или же развиться позднее, как следствие разрушающих мозговых заболеваний. (Pp., Ascl., Lc, Dsen., Alzh.); в качестве приходящих явлений мы наблюдаем их при опьянении и при Del. tr., Психическими причинами они обусловливаются при Hy. и Tr. N., иногда и при Nsp. Выряженная атаксия наблюдается при Del. tr., и сравнительно редко при Pp. табинскими явлениями. Походка делается шаткой при опьянении, негибкой с широко расставленными ногами при Pp., трясущейся при Dsen., шаркающей при Alzh., медлительной при Ascl. При Hy. и Tr. N. может установиться “астазия — абазия”, полная неспособность держаться на ногах и беспомощное падение при всякой попытке пройти, хотя параличей нет. Симптом Romberg'a может быть вызван табическими изме-нениями при Pp., невритами при Ale. и Korss.
Дрожание. Очень распространенным симптомом является дрожание. Мы встречаем его в форме грубых, неправильных толчков при Del. tr. и при Tr. N. или Hy, очень правильного и однообразного типа дрожание при Dsen., в виде очень тонкого вибрирования при Ale. и Psych., именно при Ваз.
Менее выяснено в настоящее время значение повышенной возбудимости при постукивании как, нервов, так и мускулов. Более всего обращает на себя внимание часто встречающийся при Dp., иногда и при других заболеваниях, Facialis — феномен, постоянно сопровождающий тетанию. Постукиванием по мускулам кисти и руки, часто можно вызвать Их подергивание. Нередко появление мышечного валика, особенно при постукивании по грудной мышце.
Повышение сухожильных рефлексов очень распространено у наших больных. Мы встречаем его при Psych, разного рода Hy; Ale., Dp., односторонние или двусторонние при разрушающих мозговых заболеваниях (Pp. Ascl. Lc), хотя не всегда удается с уверенностью решить, имеем ли мы дело с последней группой заболеваний, или нет. Безусловное отсутствие коленного рефлекса указывает всегда на сифилитическую (наследственный

15—3770

сифилис, табические изменения) или алкогольную почву (неврит). Часто бывает очень трудно получить несомненные данные такого исследования, т. к. мускульное напряжение может вводить в обман; поэтому исследовать нужно неоднократно и при различных условиях (лежа, сидя, с прямо поставленными или положенными одна на другую ногами), пользоваться так же известными искуственными приемами (lendrassik). Простое понижение сухожильных рефлексов должно оцениватйся с большою осторожностью, особенно если оно не одностороннее и не всегда находимо. Состояние рефлекса с Ахилова сухожилия по-зволяет сделать менее достоверные заключения. Более точное представление о состоянии сухожильных рефлексов и клонуса стопы можно получить записывая движение на закопченном барабане; это дает возможность отличать органические расстройства от функциональных.
Для полноты картины заболевания всегда необходимо бы-зает еще исследование общего состояния организма. При Korss. и при старых случаях Dp. вследствие недостаточного дыхания легко развивается легочный туберкулез; при Pp. конек нередко бывает вызван септической пневмонией. Увеличение сердца наблюдаем мы у пьяниц, аортиты и аневризмы азорты при Lc. реже при Pp , миокардит при Ascl, эндокардит при хорее. Пульс ускорен при Bas, часто также при Tr. К., именно при усилкйх; замедлен, кроме мозговых опухолей, при многих формах D;.. и Ascl., при последнем кроме того пульс часто неправильный, с выпадениями. Повышение кровяного давления представляет важный признак Ascl, в более слабой степени встречается чисто и при Mdp. Исследование мочи дает указания на существование болезни почек (уремия), диабета и алиментарной гликозу-рий (Del. tr., тревожно-тоскливое состояние). Лихорадка относится большею частью к сопровождающим телесным заболеваниями, но иногда может находиться в тесной связи с этиологией заболевания млсм (абсцесс мозга, Men, Ene. припадки при Pp. Status < piiepticus, тяжелые формы (Del. tr.) Обстоятельного исследования требует также и состояние общего питания. Оно может указывать нам на этиологию (лихорадочные заболевания, истощение вследствие нужды и забот, общую слабость), но и само может пострадать в тяжелой степени вследствии душевных болезней (беспокойство, отказ от пищи, бессонница). Изменение веса тела, которое может давать очень большие колебания, дает

часто ценные данные для суждения о состоянии болезни; поэтому оно должно быть прослежено при всех обстоятельствах путем правильных взвешиваний. Во время присту-
434
пов Mdp. обыкновенно устанавливается понижение, затем подъем веса тела, то и другое с колебаниями. Значительная прибавка веса тела при Dp. может означать начало улучшения, но также и начало слабоумия. Тоже относится и к Pp.; здесь вес слабоумных больных часто непомерно повышается, а затем, к концу жизни, снова неудержимо падает до высших степеней изнурения.
Исследование обмена веществ, много обещающее в будущем, к сожалению, трудно исполнимо у наших больных; в настоящее время получены интересные данные при Ep. и Pp.
При всех душевных заболеваниях, вызывающих предположение о менингитическом или сифилистическом заболевании, необходимо, по возможности, предпринять исследование цереброспинальной жидкости. При Men. оно дает, во-первых, повышение давления в спино-мозговом канале, а кроме того увеличение клеточных элементов, которые при острых формах (эпидемических, туберкулезный менингит, свежий Lc.) может быть очень велико (тысячи клеток в кубическом мил. против 2—6 в норме); при Pp. увеличение держится в умеренных границах (20—200 в куб. мил). При Lc. и Pp. преобладают лимфоциты, при других формах наблюдается также большое число лейкоцитов. Содержание белка бывает тоже обыкновенно по-вышено, независимо от увеличения числа клеток. При чисто эндартериитическом Lc. содержание клеток в спино-мозговой жидкости не повышено.
Большое значение, наконец, мы должны, сообразно имеющемуся опыту, придавать исследованию реакции Wasser-тапп'а, хотя правильное выполнение ее сопряжено с возможностью многочисленных ошибок. При психических заболеваниях реакция почти без исключения всегда ясно выражена при Pp., при том не только в крови, но и в цереброспинальной жидкости; при Lc. она тоже невидимому, существует в крови, но отсутствует, или слабо выражена в це-ребро-спинальной жидкости. Кроме того ее можно доказать более или менее выраженной в крови многих других больных. Отчасти здесь дело идет о случайном совпадении разнообразных душевных заболеваний с сифилисом, отчасти же. у молодых лиц, о признаках наследственного сифилиса, которые обыкновенно не долго держатся. Во всяком случае, уже, теперь выясняется, что не только ряд тяжелых детских заболеваний мозга (микроцефалия, Hydr, хронический Men., и Enc.) во многих случаях обязаны сифилису своим происхождением, но, невидимому, также и многочисленные более легкие де-
435
фектности предрасположения (инфантилизм, имбецилыюсть, дебильность, моральная тупость, импульсивные влечения), причины которых до сих пор темны.
Многооспариваемая диалитическая реакция Abderhallen 'а, выясняющая способность кровяной сыворотки диализировать те или иные составные части органов, до настоящего времени не дала еще никаких, ценных для психиатрии результатов.

V. ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Главнейшим вспомогательным средством для исследования душевно-больных является расспрашивание их. Содержание вопросов должно быть, конечно, раньше всего приноровлено к данному случаю, чтобы возможно полнее проникнуть во все заболевшие области душевной жизни. Кроме того рекомендуется задавать всем больным ряд вопросов общего характера, которое дают возможность сделать общее заключение о психической личности. Для легкости обаора вопросы эти делят на подгруппы, из чкоторых первая касается личных данных и воспоминаний, вторая и третья представлений времени и места, четвертая того, что в настоящее время окружает больного, пятая относится к способности счета, шестая общим школьным и общежитейским познаниям, седьмая способности суждения, восьмая к общим моральным представлениям. Само собою разумеется, что подобные опросные листы, на которые можно заставлять давать ответы письменно или устно, можно составлять различным образом. Следующий образец может служить руководством.

I. Личные данные и воспоминания

1. Как вас зовут.
2. Кто вы такой.
3. Сколько вам лет.
4. Когда вы родились.
5. Замужем ли вы (были) или женаты ли вы (были).
6. В котором году вы вышли замуж (женились).
7. Сколько вам было лет, когда вы вышли замуж (женились).
8. Сколько лет вы (были) замужем (женаты).
9. За кем вы (были) замужем (на ком женаты).
10. Какая девичья фамилия вашей жены.
11. Имеете ли (имели ли) детей.
12. Сколько у вас детей (сколько было).

437

13. Сколько детей умерло.
14. Как зовут (звали) ваших детей.

15. Сколько лет вашим детям.
16. В какую школу вы ходили.
17. Как звали ваших учителей.
18. Можете ли вы назвать кого-нибудь из школьных товарищей.
19. Сколько классов вы прошли.
20. Оставались ли вы когда-нибудь в том же классе.
21. Какие предметы давались вам легко и какие трудно.
22. Чем вы занимались по окончании школы.
23. У кого вы имели ваше первое место.
24. Отбывали ли вы воинскую повинность.
25. Как звали ваше военное начальство.

II. Представления времени

26. Какой у нас год.
27. Какое у нас сегодня число.
28. Какой сегодня день.
29. Сколько времени вы уже находитесь здесь.
30. Где вы были месяц тому назад.
31. Где вы были последнее Рождество.
32. Скажите названия месяцев.
33. Как называются дни недели.
34. Сколько дней в году.
35. Все ли годы одинаковы.
36. Сколько дней в месяце.
37. Сколько часов в дне.
38. Сколько минут в часе.
39. Как делится минута.
40. Когда начинается весна, зима, осень, лето.
41. Отчего происходит день и ночь.
42. Когда бывают дни длинные и когда короткие.
43. Когда бывают Рождество, Пасха, Троица.
44. Какое у нас теперь время года.
45. Который теперь час.

III. Представлении места

46. Где вы жили.
47. Назовите страны света.

48. Где юг.
49. Что такое километр.
50. Что такое квадратный метр.
51. Как высока эта комната.
52. Какой длины ваш средний палец.
53. Какой дорогой вы приехали сюда.

IV. Окружающее в настоящее время

54. В каком вы городе.
55. В каком доме вы находитесь.
56. Кто вас привез сюда.
57. Знаете ли вы меня.
58. Что за люди окружают вас.
59. Как зовут здешних врачей.
60. Как зовут служителей (сиделок).
61. Знаете ли вы имена соседей больных.
62. Сколько кроватей в вашей комнате.
63. Сколько окон в вашей комнате.

V. Счет.

64. Сколько будет 2x4
65. ” ” 5 x 7
66. ” ” 3x17
67. ” ” 12x13
68. ” ” 3:4
69. ”> ” 15 + 7

70. ” ” 64 + 48

71. O 1
” ” O ~~ J

72. ” ” 32-9

73. ” ” 83 - 16

74. ” ” 130 - 58

75. ” ” 6:2

76. ” ” 81 : 3

77. ” ” 68 : 7

78. Сколько нужно времени для того, чтобы пройти 6 кило-
метров, если одни километр проходят в 12 минут.

79. Сколько зарабатывают в неделю, если в день получают 2 марки 70 пфенигов.
80. Сколько процентов приносят 120 марок по 4% в два года.
81. Сколько франков составляют 16 марок, если 4 мар-ки=5 фр.,
82. Каков объем комнаты в 5 метров длины, 4 метра ширины и 3 метра высоты.

VI. Школьные и общежитейские познания

83. Какие деревья бывают в лесу.
84. Какие сорта овощей вы знаете.
85. Каких млекопитающих, хищных зверей, рыб вы знаете..
86. Откуда получается шерсть.
87. Откуда получается хлопчатая бумага.
88. Что такое термометр.
89. Какие меры веса существуют.
90. Как называются части света.
91. Какие государства существуют в Германии.
92. Какая страна больше, Пруссия или Бавария, Вюртемберг или Саксония.
93. Как называется главный город Германии, Баварии. Баде-на, Вюртемберга, Саксонии, Гессена, Франции, Англии.
94. Как называются отдельные округа нашей страны.
95. На какой реке стоит наш город. Откуда и куда она течет.
96. Какие самые большие реки,Германии.
97. Какие немецкие города можете вы назвать.
98. Какие вы знаете города.
99. Можете ли вы описать путешествие, которое вы сделали.
100. Как зовут нашего местного монарха, как зовут кайзера.
101. Кто царствовал до него.
102. С какого времени существует немецкое Государство.
103. Кто был первым кайзером.
104. Что было в 1870 году.
105. Кто был Бисмарк.
106. Как зовут государственного канцлера.
107. Что вы знаете о мировой войне.
108. Кто такой Гинденбург.
109. Как зовут Папу и где он живет.
110. Какие существуют религии и чем они отличаются едца от другой.
111. Кто такой был Лютер.
112. Кто такой был Христос.

113. Что за праздники Рождество, Пасха, Троица, Крещение.
114. Знаете ли вы каких-нибудь немецких поэтов.
115. Можете ли вы назвать их стихотворения.
116. Когда призываются к воинской повинности и на долго ли.
117. Какие роды оружия вы знаете.
118. Всякий ли должен быть солдатом.
119. Какую цель имеют выборы.
120. С какого возраста имеют право выбирать.
121. Какие существуют партии.
122. Чего желает центр, социал-демократия.

123. Кто издает законы.
124. За что наказывают.
125. Для чего существуют полицейские, суды.
126. Отчего нужно платить налоги.
127. Что такое проценты.
128. С какою целью существуют карты инвалидов.
129. Какого рода деньги существуют.
130. Что такое ценная бумага.
131. Сколько требуется ежедневно одному человеку для поддержания жизни, сколько семейству из 3-х лиц.
132. Сколько вам необходимо в год на одежду.
133. Сколько стоит платье, костюм, фунт говядины, чашка кофе.
VII. Способность суждения
134. Какая разница между рукой и ногой, между столом п стулом, между быком и лошадью, между птицей и бабочкой, между деревом и кустом.
135. Чем отличается вода от льда, стекло от дерева.
136. Чем отличается адвокат от прокурора, выборы в рейхстаг от выборов в ландтаг.
137. Что тяжелее фунт свинца или фунт пуха.
138. Отчего дерево плавает, а железо тонет.
140. Отчего вода течет в реке и не течет в озере.
141. Какой самый необходимый металл.
142. Отчего посев не замерзает под снегом.
143. Отчего в городе деревья растут хуже, чем в деревне.
144. Отчего снег на горах лежит дольше, чем на равнине.
145. Отчего трубы строят возможно высокими.
146. Отчего в городе дома строят выше, чем в деревне.
441
147. Отчего нельзя закрыть трубу, если печь должна топиться.
148. Отчего в школу нужно ходить ребенком, а не взрослым. 139. Отчего плавает судно из листового железа.
149. Отчего следует слушаться советов старших.
VIII. Общие моральные представления
150. Для чего учатся.
151. Какие обязательства мы имеем по отношению к нашим родителям, ближним.
152. Кого мы должны слушаться.
153. Необходимо ли слушаться родителей.
154. Отчего и зачем нужно делать сбережения.
155. Какова цель брака.
156. Что такое клятвопреступление.
157. Почему наказывается разврат с детьми.
158. Почему не следует мучить животных.
159. Почему можно убивать животных.
160. Почему даже собственный дом нельзя поджечь.
161. При каких обстоятельствах были бы вы счастливы, несчастливы.
162. Что бы вы сделали, если бы пы нашли кошелек с 500 марками.
163. Что бы вы сделали, если бы вы получили большой выигрыш.
164. Как вы представляете себе ваше будущее.
165. Можете ли вы привести пример неблагодарности.
166. Что такое верность, набожность, скромность.
167. Что составляет противоположность храбрости.
168. Какая разница между заблуждением и ложью, ненавистью и завистью, скупостью и бережливостью.

Для того, чтобы иметь возможность правильно оценить данные полученных ответов, необходимо сравнить их с данными здоровых людей того же уровня. При этом обыкновенно выясняется что границы болезни гораздо уже, чем это можно было бы заранее предполагать. Как примеры явно болезненного заполнения опросного листа, я привожу ниже некоторые выдержки, из которых первые относятся к имбецилъности, вторые к мании, третьи к раннему слабоумию.

В этих примерах раньше всего выступает духовная бедность имбециллов. Ряд вопросов остается без ответа (21, 38, 86, 104, 105, 168) частью вследствие недостаточных знаний, частью
442
вследствие непонимания. Больной совсем не умеет считать. Смысл вопросов о том или другом различии он вовсе не понимает. Там, где он отвечает приблизительно верно, поражает беспомощный способ выражения, лишь приблизительно намечающий мысль. Недостаточная запись вычислений указывает на незначительные

успехи школьного обучения (вопр. 20).
Совершенно другую картину представляет маниакальный больной. Хотя и у него школьное образование недостаточно, а знаки припинания почти отсутствуют, но все-таки выясняется, что он вполне понимает поставленные вопросы и отвечает на них по существу правильно, большею частью с излишней затратою слов. Ясно видно, что в первой группе ответов до 130 в противоположность к остальным он проявляет наклонность к уклонению в сторону, к Шуточным, часто совершенно бессмысленным ассоциациям и особенно к рифмам. Ясно, что здесь существовала скачка идей, которая позднее (вопр. 135, 136, 138) намечается только в некотором изобилии выражений. Обе части опросного листа заполнены в различное время; при заполнении первой части маниакальное возбуждение было сильнее.
Ответы последнего больного в высокой степени замечательны тем, что они за немногими исключениями (вопр. 34, 55, 36, 37) не имеют ни малейшего отношения к поставленным вопросам. Здесь мы имеем дело скорее с письменным “разговором мимо темы”, как это бывает, хотя редко в такой резкой форме, при раннем слабоумии. Следует отметить, в противоположность всегда понятному “разговору мимо темы” у истеричных, отсутствие здесь всякой внутренней связи. Сами по себе ответы большею частью смысла и связи; отчасти они были подписаны один под другим, лишены не обращая внимания на вопросы (вопр. 159, 168). Очень часто мы встречаем образование новых слов (“Jonenen”, “fun”, “Gund”, “Nigrumm”, “Waft”) или искажение их (“Suktus”, “Jchackalleru”, “Ringenafter”, “kubnse”, “Rahmsau”). Затем незаконченные предложения или скопления слов без грамматической связи. При том больной был в состоянии свободно и вполне понятно изъясняться устно, хотя и тут все-таки была очень заметна разорванность его речи.
443

вопросы	имбецилль-ность	мания	Ранее слабо-умие
20. Оставались ли Вы в том же классе?.....	Очень часто	Нет, кроме тех частых случаев, когда я вставал и садился снова	Falterwirt Weinschenk1
21. Какие предметы были для Вас легки, какие трудны?...	—	Никакие, вообще это было тогда так же, как и теперь, так же и употребление, тяжелые тяжелы, легкие легки, предпоследнее воскресение мне было легко	Hohiweg Stadelheim
34. Сколько дней в году?...	365...	365—366 полных, их также можно разделить на столько же половин	Дни в году бывают только для меня лично
36. Сколько дней в месяце?...	30 дней	31, 30, 28, в какой степени принять и притом часто бывают теплые и холодные...	Sonenen und auch.
37. Сколько часов в дне?...	24 часа	24 длинных и коротких, также длинных и более длинных, также совершенно вздорных	Soviel Thiirstocke im Haus
38. Сколько минут в часе?..	—	Круглых 60, могут быть квадратными	30 белые 30
40. Когда начинается весна, осень, зима?...	Осень начинается в октябре	21 марта, 21 июня, 21 октября, 21 декабря, минут и секунд точно не знаю.....	Eichhornchens Abgott
55. В каком доме Вы находитесь	В здешней психиатрической клинике	Дом для наблюдения над душевно-больными	Ортопедическая лечебница
65. Сколько будет 5х7?	43......	35...........	Fun

68. Сколько будет 8+4?...	12........	12............	Gund
72. Сколько будет 32-9?...	72......	23...........	Pech

Ответы приводятся по-немецки, так как не поддаются переводу.

444

вопросы	имбецилльность	мания	Ранее слабоумие
86. Откуда получается шерсть?	—	Fon denSchafen fon der Polizei nicht den sie fersteht nichts Sie sperrt die Gscheiten ein die Affen lassts laffen..,	Reicheneder
88. Что такое термометр?...	Мерить теплоту...	Мерить воздух и воду, aber nicht zum Ruam stessen (Ruben zerstossen) Ich hatt' bald was fergessen fom Essen wenn ei was hatt' that ichs essen...	Vereinszeichen-konkirs
104. Что было в 1870 году?...	—	Война против Франции, грехи и пороки (Laster), были также различные мостовые (Pflaster), умные и глупые люди, веселье и страдание...	Freibad stadt
105. Кто был Бисмарк?...	—	Немецкий государственный канцлер ob a hobser oder tanzer...	Снова не возвращается
114. Знаете ли Вы каких нибудь немецких поэтов?	Гете...	Gothe, Gabelsberger, Jaan und wanns bressirt dichte ich auch was zsam von die Monarchen die jetzt scho nimmer schnarchen...	Девушка
126. Отчего нужно платить налоги?...	Из-за государства	Чтобы государство имело деньги, для того чтобы уравнивать расходы, которые требует правление, для того	Doch nichtalla Hindenburg

		чтобы все содержать в порядке...	
129. Какого рода деньги существуют?...	Золото и серебро...	Banknotten war recht fur Hotten totten und die Todten aus Nickel und Eisen kennst es glei weg-schmeissen so a Eisen...	Полмарки

445

вопросы	имбецилль-ность	мания	Ранее слабо-умие
130. Что такое ценная бума-га?...	Почтовая бу-мага...	Материя, сделанная из дерева или тряпок и сверху номер so a Geld nicht der Hergott schuf so an Lumpenstoff off offsoff...	Kehrichtabfuhr
134. Какая разница между:			
а) рукой и но-гой	A) тело...	A) то что руками рабо-тают, почти все устра-ивают, между тем как ноги служат почти исключительно для движения тела...	A) Samenhand-lung Gesellschaft mit beschrankter Haft
B) столом и сту-лом?...	B)скамейка	B) стол выше стула, на него можно все стано-вить, а стул только во-обще служит для сидения...	B) Wulstig Saktus Augenblick Sammelstelle
C) между быком и лошадью?...	C) это собака	C) бык служит для тяги, у мясников для питания; лошадь для бега, езды, даже для цирка...	C) Polio ist Nig-rinn Schackalleru Suchard
D) птицей и ба-бочкой?	D) между ними голубь	D) птица принадлежит к птицам, а бабочка к насекомым...	D) Ringenatter Kusssse Missge-burt Rahmsau
E) деревом и кустом?...	E) цветок...	E) Дерево высокое и сильное, имеет боль-шую частью только один ствол, а куст много маленьких тон-	E) Thn bich hubsch erleich-tern meiner Ver-wundung gemass

		ких стволиков...	
135. Какая разница между водой и льдом?...	Болото	Вода это жидкость, может быть налита во всякой формы сосуды, лед это твердая, оформленная холодная вода	Не забывай ни малейшего, когда ты придешь вниз
136. Какая разница между адвокатом и прокурором	Бургомистр	Адвокат защищает, уменьшает вину, прокурор, наоборот, доказывает, обвиняет, представляет дело худшим	Emas Ungeschick ist unverzeihlich

446

вопросы	имбецилльность	мания	Ранее слабоумие
138. Отчего дерево плавает на воде, железо тонет...	Легкость...	Потому что дерево легче, содержит больше воздуха, пористее, чем железо и занимает больше места...	Du Saukerl dein Gebell macht mich nicht irr.
142. Почему посев не замерзает под снегом?...	Вследствие холода...	Потому что снег отгораживает его от холода и сохраняет теплоту, поднимающуюся из почвы на поверхность земли...	Собака голая, а все-таки она бежит на встречу работе.
143. Отчего деревья в городе растут хуже чем в деревне?...	Из-за воздуха...	В городе почва не приспособлена для деревьев, также и воздух не так плотно насыщен газами...	Если ты уже выучил это, прошу на вальс.
144. Отчего снег в горах остается лежать дольше, чем в городе?	Вследствие холодного воздуха	Так как существуют долины и ущелья, в которых влияние погоды не имеет значения...	Gott kopfdos gerecht kehrt kurz
146. Отчего в городе дома строят выше,	Вследствие массы людей	Так как больше людей и почва должна быть сэкономлена, для то	Желание пожать дружескую руку

чем в деревне?		чтобы использовать верхние помещения..	
158. Почему не нужно мучить животных?	Вследствие боли...	Потому что они также, как и мы, чувствуют причиненную им этим боль и не для того сотворены Богом, а для служения людям...	Я тоже полюбил бы губную гармонику
159. Почему можно убивать животных?...	Вследствие съестных припасов	Можно убивать, но только вредных и служащих для питания	Да совсем чисто
168. Какая разница между:			
А) ненавистью и завистью?...	А) довольство	А) или никакого или небольшое; оба являются главным злом вместе с другими большими и малыми пороками	Weil Frida regelmassig Platz nahm simit Strasse frei watt Lass die Masche ja nicht fallen

447

вопросы	имбецилльность	мания	Ранее слабоумие
В) скупостью и бережливостью	расходование	В) скупость ведет к бесчестному ростовщичеству, много грехов, в то время как бережливость — прекрасная, достойная похваля добродетель...	
С) заблуждением и ложью?	Q-	С) заблуждение есть безответственная вещь в то время как ложь умышленно направлена к несению вреда ближнему, чтобы вообще повредить его имуществу, чести, жизни	

VI. АССОЦИАТИВНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ

Для применения ассоциативного эксперимента к клиническим исследованиям целесообразно пользоваться нижепомещен-ной, разнообразно составленной таблицей слов-раздражителей. Внешние раздражения должны быть, по возможности, устранены; лучше всего больного заставить закрыть глаза, чтобы случайные впечатления не отвлекали его. Ему указывают, что нужно без дальнейших размышлений называть первое представление, пришедшее на ум по восприятии слова-раздражителя. Ответы точно записываются в том виде, как они произносятся; в случаях, когда таковые представляются непонятными, рекомендуется тут же потребовать объяснения, не вдаваясь, однако, в длинные рассуждения. Время, протекшее между произнесением слова-раздражителя, и ответом можно приблизительно определить по секундным часам; более точные хроноскопические измерения являются при обыкновенных исследованиях излишними. Так как при ассоциациях речи привычно заученные мысли и общепринятые обороты речи играют главенствующую роль, то часто получается большое число обыденных, ничего не говорящих ответов. Однако, тут же в очень многих случаях можно наблюдать те или другие уклонения, в зависимости от состояния больного. Прежде

всего мы нередко встречаем склонность отвечать не отдельными словами, а целыми фразами или даже определениями понятий, правда весьма бедными по содержанию. Это является следствием ограниченной способности владеть языком, благодаря которой субъект не находит быстро нужного слова, но решает задачу, конечно через некоторый промежуток времени, как школьник. С этим связывается обычно ограниченность запаса представлений, которая сказывается в частом повторении одних и тех же ассоциаций, склонности вставлять мысли, имеющие отношение к собственному “я”. Эта склонность обычно усиливается беспомощностью речи, но она может также явиться следствием эмоционально-возбуждающих условий жизни (в особенности подследственного заключения) Подчас можно заметить, что ответы принимают одну определенную внешнюю
449
форму, являясь либо постоянным свойством испытуемого лица, либо преходящим свойством, обусловленным какой-нибудь случайностью.

Тугоподвижность мысли проявляется прежде всего в отсутствии или в слишком запоздалом возникновении ассоциаций, затем в повторении слова-раздражителя, после чего только следует новое представление. Нередко в таких случаях слово-раздражитель вызывает ответ, ни в какой связи с раздражителем не стоящий, но случайно оказавшийся на готове, вызванный либо предыдущим представлением, либо последним раздражителем, либо ассоциацией, равно как чувственным впечатлением. Кроме того это отсутствие связи между ассоциациями может быть обусловленно также негативистическим “разговором мимо темы”, (вопросный лист, пример 3). В указанном случае ответы часто сами по себе бессмысленны, вычурны, заключают в себе искажение слов или их новообразование. Когда ассоциация обусловлена звуком слова-раздражителя больше, чем его содержанием, то в этих случаях возникают звуковые ассоциации и рифмы. С этим мы встречаемся при затрудненном понимании слов. Явлению этому способствует значительный навык к двига-тельно-речевым представлениям, который делает возможным быстрое появление сходных звуков. При этом, в свою очередь, облегчается возникновение других ассоциаций речи: цитат, стереотипных оборотов, переводов; одновременно, мы, как правило, обнаруживаем повышенную отвлекаемость. скачку идей от представлений только что возбужденных к другому течению мысли. Умение владеть словом также ведет к ассоциациям более внешнего характера, к ходячим оборотам речи, к громким фразам.

Чтобы дать некоторое представление, по крайней мере об отдельных отклонениях из числа выше вкратце указанных, я прилагаю к таблице слов-раздражителей некоторые результаты ассоциациативного эксперимента; ответы исходят первый от имбецилла, второй — от эпилептика, третий от двух маникаль-ных больных и четвертый — от психопатического обманщика, который находился в подследственном заключении по обвинению в разных мошенничествах. Время реакции обозначено в секундах.
450

№№	Слово-раз-дражитель	имбецилльность	секун-ды	эпилепсия	секун-ды	мания	секун-ды	психопатия	секунды
8	Хлеб	Хлеб печет булочник	3	Что будет делать моя мать	1,8	Не заслужил ли я в этом месте. O, caramba Ligno-re — не закон	2	Это — пища народная	4
9	Разлучать-ся	Когда умирают	6	Больно	1,8	Они разлучились раньше, чем она познакомилась. О мои черный дьявол	3	Прощаться	2
10	Приве-дение	Когда ночью спят и видят что-то	11	Устало	1,8	Ты, ты умен	2	Дух	1
11	Много	Когда кто-либо имеет много де-нег и не знает что делать	10	Мало	2	Денег он не может дать, этого не переносит вес	2	Мало	1
12	Овца	Которые пасутся на лугах	6	Глаз	1,6	Мне приходит на ум Ант-верпен. Да, примиряетесь с этим?	3,5	Пессимисти-чески (понял не Schof —	10

								овца, а Schorf — сурово, по- этому подумал о суровости закона)	
13	Весело	Когда кто-либо примерно имеет много пива воз- бужден и весел	4	Мало- душный	1,7	Я был бы весел, как сегод- ня (поет); Я еще никогда не был так грустен, как сегодня	2	Печально	1
№№	Слово-раз- дражитель	имбецилльность	секун ды	эпилепси я	секун ды	мания	секун ды	психопатия	секунды
14	Решение	Когда знаешь, что лучше, и об- ладаешь силой воли, то достигаешь этого	5	Преодо- ление	1,4	Эффект	1	Затягивать	5
15	Вонять	Когда кто-либо начинает разлагаться	6	Хорошо	2,2	Пучить. Поверни его, ребенок здоров..	4	Благовоние	9
16	Муха	Летает на цветок	11	Жи- вотное	1,6	Клейкая бумага для мух совершенно безцельна; тогда лучше сорвать все и бросить даме в лицо	2	Насекомое	2
17	Солдат	Должен служить	5	Строго	2,2	Этот мне повстречался. Это тот же господин, он тлько постарел. Я тоже постарела	1,5	Защита отечества	3
18	Алло	Когда кто-либо что-либо выиграет	18	Хорошо	1,4	Это лучший проповедник, из когда- либо слышанных мною	3,5	Междометие	2
19	Семь	Семь — слово	9	Головна я боль	1,2	Это число, при котором смеешься	3	Рождение (7 ноября)	3
20	Давать	Если бедному человеку что- либо даешь	7	Охотно	2,2	(Поет): дай мне обратно, что я тебе не давал	2,5	Праведнее, чем брать	2

(Л

№№	Слово-раз- дражитель	имбецилльность	секун ды	эпилепси я	секун ды	мания	секун ды	психопатия	секунды
21	Горько	Водка горька	11	Хорошая погода	1	Да вода, горькая вода	3,5	Горькие жиз- ненные истины	3
22	Солнце	Летом греет оно довольно тепло	5	Г-жа М. (Соседка больная)	1,6	Сомнамбул	1,5	Светит доб- рым и злым	2
23	Рот	Не знаю	10	Отец	1,4	Губной инструмент — он ничего не стоит, за то представление которое мы теперь даем	4	Порочный рот	7
24	Гнев	Когда кто-либо находится в трактире или дома, и его дразнят, он впадает в гнев	4	Карта	1,3	Гневайся гнев это происходит тогда, когда тебе приходится прислуживать	6	Незначитель ные причины — большие последствия	5

25	Упражнять	Школа гимнастики, кто дает	15	Вильсбибург	1,8	Нет. Голос — это душа. Не поддается обучению	1,5	Упражнение в поле брани	5
26	Бабочка	Бабочка высасывает цветы	7	Животное	1,8	Да, я должен вновь повторить — японцы	7	Порхающая	5
27	Сердце	Когда имеешь хорошее сердце для бедного человека	4	Хорошо	1,8	Да, это вы потеряли в Щвейцарии	2	Должен человек всегда иметь	6

СП
их

№№	Слово-раздражитель	имбецилльность	секунды	эпилепсия	секунды	мания	секунды	психопатия	секунды
28	Твердо	Когда твердо держатся вместе если что случается	7	Медленно	1,6	Держите твердо	1	И твердо стоять за Германию	2
29	Ночь	В 5 час уже ночь	11	Стол	1,4	И день неодинаковы: звезды меняются так быстро	1,5	Ночь — божество некоторых людей	3
30	Волос	Не могу сказать	16	Тонкий	2	(Нааг — название псих. Б-цы под Мюнхилом) да, туда я пойду	4	Выпадение волос	3
31	Мазать	Башмаки смазывают	6	Рассеянный	1,4	Для этого нужно только мозг и кости	4	Дать взятку	9
32	Море	Море — вода	8	Хорошо	1,6	Денег не могу тебе дать. Из каких соображений? Так как все подлежит платежу	2	Берега моря	3
33	Радость	Когда выиграешь счастье, то имеешь радость	7	Дрожащий	1,4	Эта была бы омрачена	2,5	Последняя надежда человека	2
34	Остро*	Собака — шпиц	4	Сделаться	1,6	Это острый зуб, который точит язык, острие у меня тоже есть, но я не хвастаю им	3,5	Тупо	
35	Лист	На деревьях имеются листья	2	Тонкий	1,6	Никогда не нужно держать перед ртом	3,5	Дерево	3

№№	Слово-раздражитель	имбецилльность	секунды	эпилепсия	секунды	мания	секунды	психопатия	секунды
36	Преследовать	Когда находятся в трактире, и двое поссорились, или что-либо случилось; когда их разъединили, то один преследует другого	7	Остроумный	1,6	Ага, вы думаете воздушный шар	5	Бред преследования	9
37	Сон	Когда лежишь в постели, то снится кое-что	5	Медленно	1,6	Сон недействителен, если я не хочу	4	Сны это пена	2
38	Кисть	Кисть руки	6	Много	1,2	Массировать руку, расчи-тать руку и рука из камня	5	Нога	2

39	Воля	Если уже имеешь добрую волю	10	Хорошо	1,2	Воля неба-не воля Tempi passati	3	Энергия	2
40	Визжать	Когда так горю-ешь что	6	Хорошо	1,6	Визжать, изжать. Беспроволочный телеграф, думаете вы	2	Кричать	3
41	Кругло	Когда что-либо делаешь без основания (по немец. — rund, б-ой понял grund — основание)	4	Просто	4	Кругло стекло, так теперь вы меня поймали	3,5	Кругла? земля	2,5
№№	Слово-раз-дражитель	имбецилльность	секунды	эпилепсия	секунды	мания	секунды	психопатия	секунды
42	Счастье	Если что выиг-рывают в лоте-рею — это счастье	4	Никакое	1,4	Счастье это тоже что-нибудь Felicitate	4,5	В несчастьи	2
43	Улица	Улица Линдвурм	9	Тонко	1,6	Где же? Какой номер у этого гроба?	3,5	Переулок	1
44	Почка	Розы имеют почки	3	Ратуша	1,4	Ах, вы думаете почки розы	5	Расцвет весны	4
45	Вчера	Вчера был вторник	10	Сегодня	1,6	Камень Песталоцци	2	Сегодня	1
46	Любить	Когда любят де-вушку	6	Хорошо	4,4	Нет ничего кроме любви	4	Нет любви	15
47	Дом	Психиатрическая клиника	3	Хорошо	1,6	Номер дома	1,5	Деревня	2
48	Богатый	Те которые име-ют изрядно де-нег; бедные ничего не имеют	5	Окно	1,2	Тяжело	4,5	Бедный	1
49	Инстинкт	Когда ты грустен (грустный по немец. — Trub инк-стинкт — Trieb)	6	Головная боль	1,2	Побудительная причина	11	Естественный инстинкт	2
50	Отец	Моего отца зовут Симон	5	Бояз-ливый	2	Самое прекрасное	1,5	Мать	1

t
00

№№	Слово-раз-дражитель	имбецилльность	секунды	эпилепсия	секунды	мания	секунды	психопатия	секунды
51	Лежать	Когда что-либо скажешь и это неправда (по не-мец. — Lieger, лгать — lugen)	4	Женщи-на-врач	1,6	Долго?	3,5	Тюфяк	5
52	Цветок	Лилия — цветок	6	Аннрель (соседка больная)	1,4	Отцветший	2	Украшение	4,5
53	Бал					Игра (по нем. Ball также значит мяч)	0,5	Игра в мяч	2
54	Широкий	Улица Кауфин-кер — широка	6	В дурном натрое-НИИ	1,4	Широкие шаги	1	Узкий	3

55	Печалиться	Когда кто-либо умер, то печалятся	3	Мед-ленно	1,2	Колебать	1	Опечалить	1
56	Король	Король Людвиг III	4	Весело	1,4	Мало	2,5	Кайзер	1
57	Стол	Стол нужен для еды	5	Смешно	1,2	Ножка от стола	4	Стул	1
58	Лев	В цирке есть львы	3	Скучно	1,4	Царь	4	Хищный зверь	2
№№	Слово-раз-дражитель	имбецилльность	секунды	эпилепсия	секунды	мания	секунды	психопатия	секунды
59	Здоровый	Когда кто-либо за всю жизнь не болел, то он здоров	3	Посе-щение	2,2	Богатство	1	Больной	1
60	Простить	Когда с кем-либо повздоришь, и потом берешь свои слова обратно, то прощают	5	Шить	1,2	Долг	1,5	Следует всякому	3
61	Глубокий	Погреб глубок	2	Хорошо	1,6	Вода	2,5	Глубина души	5
62	Мальчик	Мальчик идет в школу	6	Мигать	1	Вперед во враждебную жизнь	3	Девушка	1,5
63	Буря	Когда очень скверная погода	4	Хорошо	1	Выть	1,5	Буря жизни	3,5
64	Мир	Когда где-либо счастье, там мир	5	Хорошо	1	Превосходно	1,5	Да будет у людей	2
65	Член	Рука — член	3	Сидеть смирно	1	Члены тела	0,5	Мелодия (по немец. Lied — песня, а не glied — член)	2
66	Надеяться	Когда где-либо находишься, то надеешься на хорошее	6	Утешать	1	Должно быть	5	На все, о Господи или на ничто	8

О

№№	Слово-раз-дражитель	имбецилльность	секунды	эпилепсия	секунды	мания	секунды	психопатия	секунды
67	Нога	У тела есть нога	3	Головная боль	1	Кончик ноги	0,5	Рука	1
68	Черный	Доска черна	3	Темный	1,4	Белый	0,5	Белый	1
69	Веревка	Канатный мастер делает веревку	5	Горячо	1,8	Заплата (по немец, веревка — Strick, заплата — Flick; созвучие)	1	Для повешения	1
70	Спать	Когда спокойно спишь	3	Хорошо	1,8	Красиво	4,5	Видеть сны	2
71	Женщина	Когда имеешь хорошую хозяйку	6	Хорошо	1,4	Барышня	5	Вяло (понял не Frau — женщина, a faul — ленивый)	1,5
72	Ровный	Улица ровна	5	Колоть	1,4	Гладкий	3,5	Лед	1

№№	Слово-раздражитель	имбецилльность	секунды	эпилепсия	секунды	мания	секунды	психопатия	секунды
73	Смерть	Когда кто-либо умер	3	Эгельфинг (название псих, больницы)	1,2	Жизнь	1	Ах да, самое прекрасное	3
74	Шелк	Шелк — ткань	3	—	—	Прясть	0,5	Материя	1,5
75	Угрожать	Когда угрожают ножом	4	Хорошо	1,2	Опасно	4	Опасность	1,5
76	Ужас	Если что происходит ночью	15	Плакать	1,2	Отвращение	3	Испуг	4
77	Холодно	Зимой холодно	5	Припадок	1	Зима	6	Тепло	1
78	Голубь	Голубь летит в голубятню	6	Окно	1,4	Ветка оливкового дерева	2	Будь мудрым, как голубь	6
79	Река	Инн — река	5	6 часов	1,2	Опасность наводнения	2,5	Поток	10
80	Танцевать	Там где вечеринка	6	Хорошо	1,8	Не по военному времени	3	Дьявольская игра	3,5
81	Узкий	Стол узок	3	Толстый	1,6	Толстый	0,5	Узка тропа жизни	3
82	Человек	Человек должен работать	10	Интересоваться	1,4	Становиться человеком	0,5	Человек — животное	4
83	Нравы	Здесь я ничего не знаю	17	Боязливо	1,6	Необходимы	10	Нравы и мораль	3,5
84	Боль	Когда ты болен	3	Боль	1,4	Переносить	2	Освободи	1,5
85	Просить	Когда ты поступил неправильно, следует просить	5	Хорошо	1,4	Допрашивать	1,5	Прощенья и ничего не помогает	2,5
86	Глупый	Если ты не послушался, совершил глупость	7	Дома	1	Нахально	1	Человек может быть глуп	3
№№	Слово-раздражитель	имбецилльность	секунды	эпилепсия	секунды	мания	секунды	психопатия	секунды
87	Кровать	Дома у нас есть кровать	10	Хорошо	2	Лежачий	1	Место сновидений для людей	6
88	Деньги	Когда у кого-либо их много	4	Мало	1,4	И имущество	1	Ах ты Господи! Это демон	3
89	Зуб	Во рту имеется зуб	2	Боль	1,2	Боль	0,5	Зубная боль	4
90	Намерение	Когда где-либо находишься и имеешь намерение что-нибудь сделать другому	7	Хорошо	1,6	Хорошее	2	Все равно, это будет так истолковано	
91	Медленно	Когда медленно ходят	4	Упасть	1,4	Вперед, дабы австрийский ландштурм мог поспеть за тобой	2,5	Закон; со 2-го декабря они меня	5

								тянут	
92	Город	Мюнхен — город	3	Весело	1	Городские сплетни	2	Деревня	1
93	Белый	Стена бела	3	Купать	1,2	Невинность	2,5	Черным называет следователь то, что бело	1
94	Забота	Когда имеешь горе и огорчение	8	Рассеянный	1,2	Большая	1,5	Эта никогда не прекращается	6
№№	Слово-раздражитель	имбецилльность	секунды	эпилепсия	секунды	мания	секунды	психопатия	секунды
95	Сладкий	Груши сладки	3	Братья, сестры	1,6	Кислый	0,5	Сладкая надежда на 2 года каторги	7
96	Нож	Перочинный ножик-нож	3	Бесконечно	1,2	Ножевщик	1	Ничего не приходит мне в голову	11
97	Отказывать	Когда не знаешь, что делать	10	Охотно	2	Крайне нужно	3	Откажись от радости, от жизни, надежды	3
98	Право	Когда утверждаешь, что прав	10	Хорошо	1,2	Всегда прав	2	Право тебя настигнет, если ты поступишь низко	4
99	Прыгать	Когда ты очень весел	4	Остаться внизу	1,4	Канат	2,5	Хочется прыгнуть в воздух	2
100	Черт	Не знаю	10	Слава богу	1,6	Дьявол	1	В образе человека	2

* По-немецки: Остро — Spilz.

Если мы прежде всего взглянем на ассоциации имбецилла, то сразу бросается в глаза, что они все даны в форме предложений. Влияние школы сказывается в склонности к определениям понятий (19, 32, 34, 52, 65, 74, 79, 92, 96); но также и многочисленные примеры, содержащие простые ответы, проистекают из того же источника. Далее, явственно обнаруживается стремление больного наглядной картины изобразить, что у него вызывает слово раздражитель; отсюда длинный ряд предложений в форме: "если кто-либо делает то-то". При этом, очевидно, часто всплывают определенные переживания, как, напр., в случаях 13, 24, 36, ассоцированные с недоразумениеми в трактире. Личные желания и чувства отражаются в примерах 20, 27, 33, 42, 48. Несколько раз больному вообще ничего не приходило в голову. Способ выражения часто совершенно беспомощен 25, 26, 76). Время ассоциаций в среднем довольно продолжительно. Если сгруппировать ассоциации по их продолжительности, то оказывается, что в 52 случаях продолжительность реакции была до 5 секций, при чем "среднее" (средняя продолжительность 5 секций) приходится между 50 и 51 ответом; в то время, как у здоровых она равняется от 1 до 2 секунд. От 5 до 10 сек. реакция длилась в 37 случаях, в и случаях свыше 10 секунд.

Совершенно другую картину представляет эпилептическая больная, которая была хорошей ученицей и очень толково заполнила опросный лист. К удивлению нашему мы замечаем, что во многих случаях ее ассоциации, невидимому, совершенно не были связаны со смыслом слова-раздражителя, а больная отвечала, что ей приходило в голову в это время. Едва ли можно иначе истолковать примеры 3, 19, 21, 24, 31, 34, 37, 44, 48, 49 и многие другие. Это явствует также из 51, 52 примера, как равно из 22, где она без всякого отношения к слову-раздражителю называет имена своих соседей. Ответы 54—58 точно так же производят на нас впечатление, что больная в них следует собственному течению мыслей, не заботясь о смысле обращенных к ней слов. Слова — раздражители таким образом, более чем в половине случаев вызывали ответ, не влияя существенным образом на его смысл. Внутреннее участие больной было весьма незначительным; опыт не возбуждал в ней новых представлений; она лишь старалась по данному знаку каждый раз, что-либо сказать. Что решение задания ей давалось тяжело, видно из ее восклицания в заключительном примере (100). Замечательно также, что у больной часто возникали одинаковые ассоциации при разных раздражителях, как, напр.: хорошо — не менее двадцати раз; боль, головная боль — 3 раза,

столько же раз медлен-
464
но, тонко. Сто раздражителей вызвали лишь 64 ассоциации. Если мы можем рассматривать незначительный внутренний отклик, вызванный обращенными к ней словами, как следствие психической туго подвижности, то частые повторения одних и тех же, большей частью ничего не говорящих ответов, производит впечатление бедности мысли. Время ассоциаций в среднем довольно коротко; средний коэфициент лежит около 1,4"; 95% дает ниже 2"; ни один не превышает 5", если не считать двух случаев, которые вообще не дали ассоциаций; тем не менее совершенно ясно, что из краткости времени реакции отнюдь не вытекает вывода о нормальной скорости ассоционированья представлений, так как слишком часто нет на лицо никакой связи с данным словом, а имеет место лишь высказывание уже имеющегося наготове представления.

В следующей графе представлены первые 46 опытов с очень возбужденной маниакальной больною, а остальные с довольно спокойной. Соответственно этому получается большие различия. У первой больной прежде всего выступает в многочисленных примерах скачка идей. Она ассоциирует с обращенным к ней словом, но тотчас же перескакивает и дает другие представления, совершенно не связанные или слабо связанные с данным словом. Несколько раз (12, 18, 45) ответы представляются на первый взгляд не имеющими отношения к слову-раздражителю быть может потому, что первое связующие звено не было высказано. Часто произносятся цитаты (13, 20, 35), вместе с этим имело место уклонение в сторону вследствие скачки идей1. Еще чаще встречаются составныя слова, свидетельствующие о сильном влиянии речевых созвучий (1,4, 16, 21, 22, 23, 44) соответствующие речевому возбуждению; такое же значение имеют рифмы (38, 40). равно как и пристрастие к иностранным выражениям (7, 8, 39, 42). У второй больной обращает прежде всего внимания большая склонность к составным словам; также и цитаты занимают у нее значительное место (52, 61, 62, 63, 91). К этому присоединяются некоторые- привычные фразы (74, 88) и рифмы (56, 69); все это признаки, в которых ясно сказывается господствующее влияние звуков на возникновение ассоциаций. Среднее время реакции у первой, значительно более тяжелой больной равняется 3" у второй — 1,5". Время реакции дольше 5 было в первом случае в 4,3%, в последнем — в 5,5%, единичные случаи длились дольше 10". У второй больной имеются 9 ответов в 0.5", большей частью — составныя слова. В то время, как у пер-

1 Многие из указанных здесь особенностей в переводе не заметны.

16—3770
465
вой больной обращает на себя внимание, главным образом, удлинение в среднем времени реакций, во втором случае мы имеем дело с большим колебанием времени: наряду с очень коротким временем, встречается чрезвычайно продолжительное.

В последнем опыте обращают на себя внимание наравне с обыденными ответами ряд изысканных выражений (1,4, 17, 29, 33, 44, 61, 63, 80, 87), из которых можно вывести заключение о пристрастии больного к цветистым оборотам речи. В несомненной связи с этим находятся некоторые поговорки (27, 28, 60, 64, 88), которые в своем противоречии к действительному образу жизни больного, обнаруживает его стремление произвести благоприятное впечатление. В дальнейших случаях можно установить обилие цитат и трафаретных оборотов речи (20, 22, 24, 37, 42, 78, 81, 84), свидетельствующих об искусном владении речью. Совершенно особую, довольно значительную группу образуют ассоциации, которые имеют отношение к собственной личности больного (19, 85, 90, 91, 93, 95). В то время, как подобные ассоциации у здоровых отступают на задний план, появлению их у больного благоприятствует вынужденное положение, в котором он находится; к концу эксперимента они накопляются в чрезвычайной мере. Кроме того, в целом ряде ответов ясно проявляется дурное настроение (12, 21, 46, 66, 69, 73, 94, 97, 98, 99). Время ассоциаций в среднем довольно продолжительно, очевидно в связи с настроением; среднее равняется 3". Короче 5" — приходится на 83 случаях, дольше 10" в 5 случаях; колебание, таким образом, довольно значительно, что, в свою очередь, является следствием эмоциональных влияний. Нельзя, однако, категорически утверждать, как это делалось, что именно эмоционально окрашенные ассоциации преимущественно требуют продолжительного времени реакции.

Приведенные здесь примеры, конечно, не могут в своих частностях считаться характерными для данного болезненного состояния. При опытах с ассоциациями многое настолько зависит от степени образования, дара речи, привычки мыслить и многих других индивидуальных особенностей, что благодаря им, влияние болезни значительно затушевывается и изменяется. Тем не менее, при осторожной оценке подобных опытов, некоторые черты болезни обнаружатся яснее, чем при обыкновенном разговоре с больным.

VII. ИСПЫТАНИЕ ИНТЕЛЛЕКТА ПО BINET- SIMON

Для более точного определения степени психической отсталости ребенка можно с успехом пользоваться способом, введенным и разработанным французскими исследователями- Binet и Simon'oM. Узнав по опытам со значительным числом здоровых детей, в каком возрасте могут быть правильно решены известные простые, расположенные по степени трудности задачи, они создали масштаб, дающий возможность в годах "определить умственную отсталость ребенка, степень отсталости выразится в разнице между действительным возрастом ребенка и обнаруженном путем эксперимента “возрастом интеллекта”. Несомненно дело обстоит не так просто, как хотелось бы. Прежде всего даже здоровые дети

соответствующего возраста не всегда целиком выдерживают испытание; в общем — один отстает в одном, другой — в другом, а отдельные дети забегают вперед. Это колебание в правильности решений значительно усиливается у совершенно неравномерно развитых и исковерканных личностей олигофреников, что еще увеличивает трудность отнесения их в определенную группу по интеллекту. Следуя предложению Binet, выходят из затруднения тем, что в ступени по возрасту, из которых каждая характеризуется 5-ю испытаниями, "возраст по интеллекту" считают тот, для которого разрешено, по крайней мере, 4 задачи, причем прибавляют за каждые решенные 5 вопросов, выходящие за пределы найденного по интеллекту возраста, еще лишний год. Второе затруднение заключается в том, что отдельные опыты, которые составляются в значительной степени произвольно, имеют, очевидно, совершенно различное значение, некоторые опыты имеют дело с естественными способностями, в то время как решение других зависит существенным образом от воспитания и обучения, основой для которых, в свою очередь, служит врожденное предрасположение. Затем полученные у детей показания не подлежат простой оценке, как верные или ложные; скорее тут речь идет о всевозможных ступенях правильности, которые должны быть сгруппи-

рованы сравнительно произвольно. Наконец, следует иметь в виду, что отсталость "возраста по интеллекту" имеет тем большее значение, чем моложе испытуемый ребенок, так как по мере созревания личности увеличивается и без того разница в ответах. Ниже воспроизводятся испытания, предложенные Binet-mon, в последней редакции, многократно измененной другими исследователями

Ребенок должен уметь:

В 3 года:

1) Показать по требованию рот, нос, глаз.
2) Назвать свое имя.
3) Повторить два однозначных числа.
4) Повторить предложение из 6 слогов.
5) Узнавать на картинках отдельные изображенные предметы.

В 4 года:

1) Назвать показываемые знакомые предметы (нож. ключ, монета).
2) Повторить три произнесенных числа.
3) Определить свой пол.
4) Из двух линий, нарисованных одна под другой, найти более длинную.

В 5 лет:

1) Из двух картонок, одинаковых по размеру, но значительно отличающихся по весу, найти более тяжелую.
2) Повторить фразу из 10 слогов.
3) Сосчитать 4 предмета (монеты).
4) Срисовать пером и чернилами квадрат.
5) Правильно сложить разрезанный по диагонали прямоугольник.

В 6 лет:

1) Различить время до и после полудня.
2) Различить на картине красивые лица от безобразных.
3) Указать назначение обычно употребляемых предметов (вилка, стол, стул, лошадь).
4) Сосчитать 13 одинаковых монет.
5) Срисовать ромб.

1 Краткое руководство с необходимыми вспомогательными пособиями можно получить Klein—Glienicke bei Potsdam. Wannseestrasse. Jnstitut fur angewandte Psychologie.

В 7 лет:

1) Различать левую и правую сторону.
2) Выполнить три одновременно данных поручения (положить книгу на стол, открыть дверь, принести стул).
3) Рассказать изображенное на картине событие.
4) Сосчитать 9 разных монет.
5) Назвать четыре цвета.

В 8 лет:

1) Заметить пробелы в рисунках (отсутствие носа, глаз, рук).
2) Повторить 5 чисел.
3) Сосчитать в обратном порядке от 2о до О.
4) Определить разницу между двумя известными предметами, которых нет перед глазами (бабочка и муха, бревно и стакан, мясо и кости).
5) Указать месяц, число и год.

В 9 лет:

1) Найти родовое понятие для предметных представлений (роза и фиалка, собака и кошка).
2) Дать сдачу с какой-нибудь монеты.
3) Назвать все монеты.
4) Назвать месяцы.
5) Принимать решения в несложных жизненных положениях (что делать, если опоздал к поезду; если что-либо разбил; опоздал в школу).

В 10 лет:
1) Расположить по возрастающему весу 5 одинаковых на вид гирь разного веса.
2) Обсуждение трудных жизненных положений. (Что следует делать, если твой друг тебя по недоразумению поколотит; если ты намереваешься предпринять нечто серьезное; если тебя расспрашивают о ком-либо, кого ты мало знаешь. В какой степени гнев служит смягчающим обстоятельством для дурного поступка. Почему следует людей судить по их делам, а не по словам).
3) Три данных слова разместить в двух предложениях.
4) Рассказать по памяти содержание картин.
5) Находить противоречие в бессмысленных фразах. Как примеры приводятся: а) велосипедист разбил себе голову и умер на месте; его отвезли в больницу, опасаются, что ему там не поправиться, б) У меня три брата: Павел, Эрнст и я. в) Вчера нашли труп молодой девушки, который был разрезан на 18 частей; подозревают самоубийство, г) Вчера имела место железнодорож-
469
ная катастрофа. Она не была значительна; число убитых достигает всего 48. д) Некто заявил; если я повешусь, то не в пятницу — этот день приносит несчастье.

В 11 и 12 лет:
1) Три указанных слова применить в одном предложении.
2) В течение трех минут назвать более 6о слов.
3) Разъяснить значение понятий (зависть, сострадание, справедливость).
4) Слова фразы, названные в разбивку, разместить по местам (защитила добрая господина храбро своего собака; мы каникулы на деревню поехали в; я моего учителя исправить работу просил).
5) К данной линии найти парную ей, равную по длине в ряду линий с постепенно уменьшающей разницей в длине.

Для более поздних возрастных ступеней еще не удалось установить пробы.
Опыт лучше всего производить в виде игры, чтобы завоевать доверие робких детей и по возможности приковать их внимание. Необходимо избегать отвлекающей внимание, чуждой или необыкновенной обстановки, а также присутствия посторонних лиц. При появлении признаков усталости следует делать короткие перерывы. Экспериментатор правильно поступит, придерживаясь до щепетильности одинакового обращения, прибегая к тем же самим объяснениям и вопросам и записывая не только ответы детей, но тщательно отмечая и поведение детей в целом. Только при соблюдении указанных предосторожностей опыты могут быть сравнимы друг с другом. В этом случае они ему дадут не только ценные указания о степени недоразвития и о возможности обучения, но дадут возможность иметь суждение о подходящей к данному случай форме воспитания (школа, вспомогательная школа, обучение в одиночку, обучение в больничном учреждении), об избрании профессии, пригодности к военной службе, а иногда и о дееспособности и ответственности.

YIII. ВАЖНЕЙШИЕ ЛЕКАРСТВА И ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ИМЕЮЩИЕ ЗНАЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИИ

А. Лекарства

1. Алкоголь может быть добавляем в жидкую пищу в дозах от 80,0—100,0 для достижения успокоения при тяжелых состояниях истощения, связанных с возбуждением и отказом от пищи. Столь частое применение его при Delirium tremeae не оправдало себя. Привычное употребление возбуждающих напитков должно быть запрещено всем психическим больным, в особенности (не говоря уже об алкоголиках), эпилептикам, морфинистам, истерикам, психопатам и слабоумным.
2. Amylenhydrat употребляется в дозах от 5,0—6,0 в слизистом растворе в виде клизмы, а именно при Status epile-pticus и подобных состояниях (эклампсия, повторные паралитические припадки; спустя несколько часов доза может быть повторена.

3) Бромистые соли употребляются прежде всего в виду их благотворного действия при частных эпилептических припадках. Дают бромистый натрий, Егкитеуег'овскую смесь (бромистый калий, натрий и аммоний в равных частях) или Sandows'Kyio шипучую бромистую соль в течении продолжительного времени в дозах 4,0—6,0 ежедневно. Ulrich'oM особенно рекомендуется Sedobrol (1—5 таблеток ежедневно). Лучше всего увеличить дозы до тех пор, пока совершенно прекратятся припадки, и тогда начать уменьшать их на 1,0. Внезапное прекращение употребления этого лекарства может вызвать Status epilepticus и поэтому не должно быть допущено. Действию бромистой соли сильно способствует пища, лишенная соли. При продолжительном употреблении брома замечаются признаки отравления: akne, исчезновение рефлексов со слизистых, ослабление памяти, тупость, неуверенность в движениях, затрудненное пищеварение, бронхит, что заставляет уменьшить дозу. Кроме того, бром часто употребляется как легкое успокаивающее средство

при нервной тоске и возбуждении (1,0—3,0), равно
471
как и для достижения сна, если он расстраивается вследствие чувства внутреннего напряжения.

4. Chloralhydrat (2,0—3,0) является весьма надежным снотворным, но действует вредно на сердце и сосуды, так что в настоящее время может быть заменен другими менее опасными средствами.

5. Diogenal дается при легкой тоске в дозах от 0,5—1 гр. 3 раза в день.

6. Dorneiol, см. снотворное.

7. Hyoscin Scopolamin (0,0005—0,001) есть верное и быстро действующее, при том сравнительно безвредное успокоительное средство при тяжелых состояниях возбуждения; оно имеет большое преимущество, так как применяется подкожно. Оно вызывает расстройство зрения и сухость в горле, почему и очень неприятно для больных. В виду этого им можно пользоваться только эпизодически, тем более что при систематическом употреблении действие его видимо ослабляется.

8. Laudanon, см. опий.

9. Luminal является в дозах 0,1—0,3 хорошим снотворным; повидимому, при продолжительном, планомерном употреблении (0,1 2—3 раза в день) он оказывается весьма полезным в некоторых случаях эпилепсии.

10. Кокаин прежде рекомендовался для облегчения страданий при отнятии морфия. Это в высшей степени опасное средство, от длительного употребления которого мы не в состоянии достаточно серьезно предостеречь (случай 48).

11. Medinal, см. Veronal.

12. Морфий употреблялся десятилетия тому назад в большом количестве, как успокоительное средство. Не говоря о том, что он лишь успокаивает боль и парализует волю, но в то же время действует возбуждающе на психику: опасность увеличения числа морфинистов так велика (случай 46, 47), что употребление этого средства у наших больных, особенно при нервных и истериче-
' ских заболеваниях, должно быть решительным образом запрещено.

13. Нуклеиново-кислый натрий, в виду свойства вызывать увеличение количества белых кровяных шариков, был рекомендован (0,3—1,0 1—2 раза в течение недели) при лечении прогрессивного паралича. Действие его представляется иногда полезным, тем не менее решительного суждения пока высказать нельзя.

14. Опий — превосходное средство для облегчения состояния тревоги, особенно при меланхолии. Дается 3 раза в день по 10—40 капель тинктуры в быстро растущих дозах, (3 раза в день
472

увеличивая по 5 капель). Когда успокоение достигнуто, то приступают к постепенному уменьшению дозы каплями, а при повторном ухудшении — дозы опять быстро увеличивают. Что мешает, особенно вначале, так это появляющиеся запоры, с которыми надо бороться при помощи клизм, диэты или соответствующих лекарств. У больных, отказывающихся принимать внутрь, можно пользоваться впрыскиваниями соответствующей смеси составных частей опия, которые имеются в продаже под названием Pantapon (0,01—0,04; и Laudanon (0,01—0,04 гр.).

15. Pantapon см. опий.

16. Paraldehyd (4,0—6,0) вызывает быстро и с достаточной гарантией спокойный сон без дурных последствий; кроме того, он имеет то неоценимое преимущество, что является безвредным даже при больших дозах. К сожалению, он обладает весьма неприятным вкусом и запахом, которые только отчасти могут быть устранены ароматичными приправами. Продолжительное и планомерное употребление может вызывать болезнь состояниями спутанности, напоминающими бред алкоголика.

17. Ртутное лечение следует по возможности применять в тех случаях, где с уверенностью можно установить психическое расстройство на почве сифилиса. Большие надежды можно возлагать при свежем meningoencephalitis (случай 22); при устаревших случаях ожидать много не приходится. Также незначительно его влияние и на эндартеритические формы. При наследственном сифилисе в большинстве случаев удается остановить процесс болезни, хотя, естественно, разрушения, имеющееся налицо, исправить не удастся. Ртутное лечение не только не вызывает улучшения при прогрессивном параличе, но подчас содействует ухудшению; его применение, следовательно, надо ограничить теми случаями, где предполагают возможность сифилитического псевдопаралича.

18. Сальварсан также показал себя весьма ценным средством при лечении душевных расстройств на сифилитической почве. При свежих заболеваниях следует его давать вместе с ртутью в виде впрыскиваний (0,3—0,6) после ряда втираний серой мази. Но, кроме того, рекомендуется во всех тех случаях, в которых Wa—R. обнаруживает признаки сифилитических заболеваний делать попытки лечения сальварсаном, что, однако, встречает препятствие при пользовании детей в виду трудности впрыскиваний у них. Даже при параличе это средство оказывается небесполезным, хотя решительного успеха, к сожалению, не приходится отметить.
473

19. Снотворный нам предложила химия в большом количестве, однако у них только незначительное число оправдало себя. Кроме ранее здесь упомянутых, следует еще указать Dor-miql, смесь

из Amylenhydrat'a и Chloralhygrat'a, Urethan, Neuronal и Proponal; без них, как и многих других, можно обойтись.
20. Scopolamin, см. Hyoscin.
21. Sedobrol. см. бромистые соли.
22. Sulfonal (1,0—2,0) — снотворное, оказывающее медленное, но продолжительное и сильное действие, оставляющее после пробуждения усталость, тяжесть головы и слабость. В виду того, что это лекарство плохо растворяется, его следует давать разбавляя в большом количестве горячей жидкости. И в таком виде оно может легко привести к накоплению нерастворяющей-ся массы в кишках, что несомненно может обусловливать тяжелые явления отравления. При продолжительном употреблении обнаруживается заболавание, которое первоначально сказывается в красной окраске мочи (Hamatoporphyria).
23. Thyreoidin (0,1 1—3 раза в день), сушеная баранья щитовидная железа, вызывает при миксэдеме, а равно при свежих случаях кретинизма (случай 75) быстрое ослабление болезненных явлений признаков болезни. Как правило, лекарство должно даваться продолжительное время; только в более легких случаях гипотиреоидизма в детском возрасте оно может с течением времени стать лишним.
24. T r i o n a I i.o—2,o медленно, но верно действующее снотворное; в виду его плохой растворимости целесообразно давать его в горячей жидкости. Продолжительное употребление вызывает схожие, но менее тяжелые явления отравления, как при употреблении Sulfonal'a.
25. Tuberkulin. Впрыскивание рекомендуется при лечении прогрессивного паралича, но до сих пор результаты его применения неудовлетворительнь?.
26. Валерианосодержащие лекарства. Валериановый чай, водяная или эфирная настойка, Bornyval, Valyl могут употребляться, как легкие успокаивающие средства для нервно-возбужденных (истерия, нервность, невроз навязчивых состояний); они обладают преимуществом совершенной безвредности.
27. Veronal (0,5—1,0) завоевал себе быстро место, как надежное безопасное снотворное, не вызывающее дурных последствий и побочных явлений. Однако, при продолжительном и частом употреблении могут и здесь возникнуть серьезные явления отравления. Для подкожных впрыскиваний является весьма пригодным легче растворимый Veronal-natrium (“Medinal”).

474

В. Другие лечебные мероприятия

1. Психиатрическая больница определенным воздействием пребывания в ней прежде всего удаляет больного от всех тех вредных влияний, которым он подвергался при своей профессиональной деятельности, в своих личных отношениях, в своей среде (семье). Больница освобождает его от ответственности за его поступки, защищает от опасностей, недрящихся в самой его болезни и собственных его действиях, и ставит его под специальное попечение. С другой стороны, больница вырывает его из среды его жизненных привычек, разлучает с близкими, лишает свободы передвижения и приводит в постоянное соприкосновение с людьми и явлениями, которое может его отталкивать, пугать и тревожить. Опыт показал, что при всех серьезных психических заболеваниях преимущества лечения в больнице безусловно преобладают над невыгодами. Неминуемо оно во всех тех случаях, когда больной представляет опасность для других или для себя. Особые предосторожности должны быть приняты по отношению к усиленным стремлениям меланхоликов к выписке кажущееся столь убедительным изображение неприятностей пребывания в больнице, которое будто бы делает невозможным самое выздоровление, является лишь выражением внутреннего напряжения, по исчезновении которого больные обычно охотно подчиняются советам врачей.
2. Ванны играют при лечении душевных болезней большую роль. Прежде всего следует упомянуть о теплых (34° Ц) Длительных ваннах, которое при возбужденном состоянии, маникально-го, паралитического или делирантного характера, вызывают успокоение и одновременно до минимума уменьшают неприятные проявления болезни (нечистоплотность, агрессивность, склонность к самообнажению и разрушению). К таким ваннам можно, в случае надобности, прибегать в течение многих часов и даже дней и недель кряду, причем, конечно, наступление успокоения должно быть использовано для того, чтобы вновь уложить больного в постель. Для приучения больного к ваннам вначале может понадобиться легкое оглушение Hypnotcim'оМ или каким-нибудь снотворным. Во избежание сыпи от ванн (Trichophytia) целесообразно смазывать кожу ланолином. Ванны могут неблагопрятно действовать при воспалении среднего уха. При возбуждении, связанном с тоской, действие длительных ванн менее определенно. Напротив, теплые ванны по вечерам (1/2—1 ч.) вызывали при меланхолических и психопатических состояниях угнетения известное успокоение и способствовали сну (понижение кровеного давления); рекомендуется при этом

475

держать на голове холод: Электрические ванны могут оказаться полезным при истерических и ипохондрических явлениях, но только благодаря психическому воздействию; тоже самое должно сказать и о ваннах с примесями лекарств. Для больных очень слабых, парализованных, склонных к пролежням может явиться необходимость держать их в ванне на натянутых простынях.
3. О работах больных вообще можно говорить только тогда, когда бурные проявления болезни улеглись и либо намечается выздоровление, либо устанавливается длительное состояние слабоумия. И именно, в последнем случае, при исходных состояниях раннего слабоумия, у эпилептиков и алкоголиков

приучение к регулярной работе является задачей величайшей важности не только для поддержки физического здоровья, но и для того, чтобы, по возможности, развивать и упражнять остатки работоспособности, интеллектуальной и эмоциональной дееспособности, которые пощадила болезнь. Этой цели служат мастерские и рабочие комнаты, огороды и поля, которыми располагают наши больницы для душевнобольных, занятие в доме, на кухне, в прачешной и на скотном дворе. Можно сказать, что правильное занятие, соответствующее индивидуальной склонности и способностям, является еще более важным для больных с врожденным слабоумием; они все свои возможности для дальнейшего развития почерпают только из этих работ. Наконец, для массы психопатических личностей, особенно для больных со страусами, работа дает, с одной стороны, веру в себя, с другой — способствует самовоспитанию и подавлению болезненных склонностей и тормазов.

4. Постельное содержание показано при всех свежих душевных заболеваниях до тех пор, пока страдает сон и питание и падает вес. В дальнейшем, при хорошем самочувствии лежание можно прерывать простым покоем, умеренными движениями на воздухе или какой-либо легкой работой, вначале на несколько часов, затем на пол дня и больше. Только в период выздоровления или при наступлении окончательного слабоумия следует лежание в постели заменить правильными занятиями, однако, вновь возвращаясь к нему при ухудшении.

5. Гипнозу при лечении душевнобольных отводится весьма незначительное место. При ясно выраженных состояниях угнетения его действие ненадежно и непродолжительно. Некоторые истерики совершенно не поддаются гипнозу; на других его действие сказывается очень быстро, но на очень короткое время. При неврозах навязчивых состояний можно на время гипнозом достигнуть успокоения обычно, однако, без длитель-

476

ного результата. Напротив, всякие расстройства у нервных и психопатов, поскольку они вызваны чувством тревоги, легко поддаются воздействию. Большой и длительный успех можно достигнуть при неврозах ожидания. Гипнозом также с успехом пользуются при лечении половых извращений, алкоголизма и морфинизма.

6. Изоляция возбужденных или почему-либо неудобных больных не есть, в общем, лечение, а скорее отказ от него, если даже и признать, что в некоторые впечатлительные и легко возбуждаемые больные в вынужденном удалении от общества успокаиваются. Не говоря уже о том, что во многих случаях изоляция сопряжена с применением насилия и приводит к жестокому сопротивлению, она при продолжительном применении вызывает целый ряд, тяжелых последствий: склонность к нечистоплотности, к разрушению, онанизм, увеличение обманов чувств, отвыкание от общения, враждебность и склонность к насилию. Таким образом, появляются пользующиеся столь дурной репутацией больничные “артефекты”, больные, которые в силу своего одичания должны быть исключены из общежития на продолжительное время. Последние полтора десятилетия показали мне, что можно совершенно обойтись без изоляции. Во всяком случае, этого можно достигнуть не причиняя вреда больным и окружающим лишь в том случае, если в распоряжении имеется много места, целесообразные приспособления (ванны) и многочисленный, хорошо обученный больничный персонал. При всяких обстоятельствах следует, однако, иметь в виду, что изоляция является тяжелым злом и представляет собой банкротство пользующего врача.

7. Подкожные впрыскивания поваренной соли применяются у сильно похудевших больных, страдающих недостаточной сердечной деятельностью; кроме того, они могут в случаях отказа от пищи вызывать аппетит и жажду. Планомерное ежедневное впрыскивание поваренной соли иногда оказывает благотворное действие при тяжелых состояниях паралитического-возбужде-ния.

8. Под лечением усиленным питанием (Mostkor) мы подразумеваем лечение рекомендованное Weir — Mitschell'oM с лежанием в постели, перекармливание (частый прием пищи), массаж и общая фарадизация. Оно рекомендуется для плохо упитанных, малокровных, нервных и истеричных больных.

9. Оперативное вмешательство мало применяется при лечении душевных болезней. При опухолях и абсцессах мозга само собой возникает вопрос о хирургическом удалении их. Решение

477

этого вопроса прежде всего зависит от возможности установления тачного местоположения опухоли, что в некоторых случаях может быть установлено при помощи мозговой пункции. При травматической эпилепсии удалением рубцов, костных осколков или сгустков крови можно достигнуть улучшения (пример 38). Сделанное прежде предложение кастрации, в целях лечения истерии, имело своим основанием непонимание сущности этой болезни, оно должно быть отвергнуто, как и вырезывание частей черепа при микроцефалии для предоставления будто бы сжатому мозгу воздуха. Напротив, частичное удаление увеличенной щитовидной железы при Базедовой болезни вызывает без сомнения благоприятные последствия. Следует еще рассмотреть вопрос об искусственном аборте при душевной болезни, особенно при меланхолии. В виду того, что даже нормальные роды не излечивают болезнь, а priori должно сомневаться в возможности целебного влияния искусственного вмешательства, что подтвердилось и на практике.

10. Психотерапия обнимает все психические воздействия, которые могут оказать на состояние больного благотворное влияние. Сюда прежде всего относится перемещение его в соответствующую обстановку, которой для всех более тяжелых заболеваний является закрытое заведение (см. выше, под № 1). Далее, большое значение имеет обращение тех лиц, которые окружают больного помимо его близких, т. е. врача и

ухаживающего персонала. Пугливость и возбужденность близких культивирует истерические припадки и может привести к чрезвычайному развитию болезни, с другой стороны, нецелесообразный и раздражающий уход повышает возбужиение; попытка развлечь и развеселить истериков увеличивает их тревожное напряжение. Тот, кто имеет дело с душевнобольными, должен прежде всего быть спокоен и терпелив, приветлив и тверд, уметь во время уступить и во время вмешаться. Этими качествами он завоюет себе доверие больных, поскольку самая болезнь не исключает эту возможность, и сможет содействовать облегчению их страданий. Непосредственное душевное воздействие имеет весьма незначительный круг действия. На первом плане — при истерии, где оно всевозможными средствами, как-то лекарствами, электричеством, водолечением, гипнозом, уговором, а также гомеопатией, металлотерапией и другими совершенно бессмысленными средствами старается достигнуть своей цели. С помощью соответствующих пояснений и поднятия доверия к себе удается достигнуть великолепных результатов также и при неврозах ожидания. В меньшей степени это действительно при не-

врозах навязчивых состояний и тех формах психопатии, которые сопровождаются тревогой. Широкое и важное поле деятельности открывается в деле воспитания слабоумных и ненормально предрасположенных детей, требующее специального образования и опыта. Впрочем, не следует многого ожидать от личного влияния на больных. Слова утешения и успокоения действуют весьма преходяще. Путем возражений и доказательств нельзя поколебать или устранить бредовых представлений. Надо довольствоваться тем, что мы квалифицируем их, как болезненные, не вдаваясь по этому поводу в длинные рассуждения. Меры воспитания если, не считать юношей-истериков и психопатов, не оказывают благотворного влияния; напротив, планомерная работа (см. выше № 3) является неоценимой при всех более легких и закончившихся заболеваниях. Сношение с семьей посредством писем и посещений следует по возможности поощрять, поскольку, конечно, они не оказывают вредного влияния.

11. Психоанализ. Freud и его последователи обозначают этим именем метод, сущность которого сводится к тому, чтобы всевозможными искусными приемами (толкованием бессистемных рассказов, и сновидений, опытов с ассоциациями, наблюдением оговорок в речи и ошибок в действиях) вскрыть “вытесненные”, эмоционально сильно прочувствованные воспоминания (“комплексы”), которым приписывается болезнетворное действие. Восстановляясь в сознании, они становятся тем самым безвредными. Здесь не место говорить о серьезных сомнениях, которые вызывает это учение, слишком самоуверенно излагаемое, но в то же время поражающее своей недостаточной обоснованностью. Напротив, можно определенно утверждать, что целебные результаты психоанализа отнюдь не переходят границу того, что может быть достигаемо другими методами внушений. На основании разностороннего опыта я утверждаю, что продолжительные и настойчивые расспросы больных об их интимных переживаниях, а также обычное сильное подчеркивание половых отношений и связанные с этим советы могут повлечь за собой самые неблагоприятные последствия.

12. Кормление через зонд становится для наших больных необходимым, когда они отказываются от пищи (идеи отравления, желание умереть с голоду, негативизм), Я также в тех случаях, когда они не в состоянии глотать (припадки паралича, Status epi-lepticus). В том и другом случае следует, в зависимости от состояния питания, выжидать, пока быстрое падение веса тела (ежедневное взвешивание!) не сделает вмешательство неизбежным. Если больные принимают жидкость, то можно ждать зна-

чительно дольше, чем при полном воздержании от пищи и питья. Кормление производится лучше всего через нос, если непроходимость носа не вынуждает прибегнуть к насильственному открыванию рта роторасширителем. Раньше, чем ввести тепловатую питательную жидкость через воронку в трубку, следует убедиться, выслушивая желудок, входит ли в него вдуваемый воздух. Иногда бывает целесообразным предварительное промывание желудка. Состав питательной жидкости должен быть таков, чтобы представлять достаточное питание (молоко, яйца, жир, сахар, какао, мондамин) с прибавлением питательных препаратов, иногда соляной кислоты, пепсина или лекарств. При продолжительном питании через зонд, вызываемом негативизмом, нужно заботиться о возможном разнообразии при составлении питательных смесей. Рекомендуется присоединять к пище, с одной стороны, фруктовые соки, лимонную кислоту, с другой, — тонкоразмолотые овощи (гороховое пюре, протертый шпинат и рубленая печенка).

13. Надзор за больными имеет целью, с одной стороны, надлежащим образом знакомить врача со всеми резкими изменениями в состоянии больного (всякого рода припадки, возбуждение, странности), с другой — по возможности, с уверенностью предупреждать опасные поступки (нападение, попытки самоубийства, самоповреждение). Такого рода надзор может быть удовлетворительно поставлен лишь при существовании “наблюдательных отделений” с дневным и ночным надзором; в эти отделения должны направляться все больные, нуждающиеся в надзоре, т. е. свежие случаи выраженного душевного расстройства. Наибольшую трудность представляют при этом страдающие легкой степенью меланхолии, по отношению к которым с трудом решаются на применение столь строгих мер. Следует подчеркнуть, что в домашней обстановке невозможно создать гарантии от самоубийства даже при наличии сестры милосердия или специального надзирателя. Даже в открытых лечебных заведениях нет достаточной гарантии, что принятый там надзор достаточно предохранит от тяжелых несчастных случаев. Одной из серьезнейших задач врача является решение вопроса, вызывает ли угрожающей опасностью необходимость помещения

больного в наблюдательное отделение закрытого заведения.

14. Обертывание всего тела вместе с руками во влажные простыни и заворачивание в шерстяные одеяла может оказаться необходимым при тяжелых случаях возбуждения, когда ванны и лекарства не помогают. Это применяют у кататонических больных, которые в своем импульсивном, бессмысленном беспокой-

стве не поддаются никакому воздействию и часто совсем не реагируют на лекарства. Можно часто наблюдать, что при этом они вслед за начальным сопротивлением быстро успокаиваются в обертывании и не делают никаких попыток освободиться, если даже, что я считаю обязательным правилом, простыни и одеяла не скреплены ни булавками, ни нитками. Во избежание опасности слишком большого согревания, что может образоваться только вследствие продолжительного сопротивления больного, следует 2 часа спустя обвертывание снять, но спустя несколько часов можно к нему прибегнуть снова. Менее действительным оказывается обвертывание у маникальных больных, паралитиков и делириков, но и тут, при случае можно не без пользы к нему прибегать, чередуя его с длительными ваннами, постельным содержанием; у больных с тревогой обертывания надо избегать.

14. Меры стеснения уже давно не относятся к психиатрическим методам лечения. Только при тяжелых хирургических заболеваниях, вызывающих безусловную необходимость неподвижности положения больного, можно решиться в крайнем случае связать не поддающегося влиянию возбужденного больного: в моей практике в течение 25-ти лет был только один такой случай. К подобным мерам предосторожности, во избежание какого-либо большого несчастия, должно прибегать также при перевозке тяжелых больных, представляющих опасность для себя или других.

ПОСЛЕСЛОВИЕ Эмиль Крепелин

Эмиль Крепелин — это эпоха в психиатрии XX века. Он является одним из основателей нозологического направления, выдающимся клиницистом и систематиком.

Карл Ясперс, считавший, что психиатрия как наука не дала миру ни одного гения, тем не менее, выделял троих наиболее выдающихся ученых — Карла Вернике, Эмиля Крепелина и Пауля Мёбиуса. Среди них Эмиль Крепелин занимает особое место, так как основы его концепции сохраняют свое значение до настоящего времени, а клиническое мастерство может служить примером для современных врачей, посвятивших себя служению психиатрии. Курт Шнайдер в речи, посвященной 100-летнему юбилею Э. Крепелина, специально отметил, что “опорные столбы”, поставленные Э. Крепелином, всегда будут сохранять свое значение в психиатрии.

Э. Крепелин (1856-1926) родился в Нейстрелице, где его отец был учителем музыки.

По истечении трех лет своих медицинских занятий в Лейпциге, а потом в Вюрцбурге он пишет конкурсное сочинение на тему “О влиянии острых заболеваний на происхождение душевных болезней”. Уже в этом сочинении обнаружились истоки того строго естественно-научного направления, которое служит характеристикой всей деятельности ученого. Этим он обязан своему учителю Ринекеру в Вюрцбурге, о котором Э. Крепелин всегда вспоминал с благодарностью и большим уважением. На молодого исследователя большое влияние оказала личность В. Вундта и его работа “Физиологическая психология”. Он становится одним из усердных работников Лейпцигской лаборатории, где успешно развивалась молодая наука, ставившая вопросы разрешения проблем “души человека и животных” при помощи точных измерительных методов.

В 1879 году Э. Крепелин начинает работать ассистентом у профессора Б. Гуддена в Мюнхене вместо А. Фореля, занявшего кафедру психиатрии в Цюрихе. С этого момента начинается психиатрическая карьера Э. Крепелина.

Сам Б. Гудден был знатоком мозговой аштомии и большим скептиком в области диагностики и прогностики душевных заболеваний. По-видимому, убеждение Б. Гуддена в крайней неудовлетворительности всей теоретической психиатрии не могло не оказать влияния на Э. Крепелина. Возможно, что в это время

в нем укрепляется мысль воспользоваться экспериментально-психологической методикой для точного диагноза и подразделения душевных болезней. В 1882 году Э. Крепелин снова переехал в Лейпциг ассистентом к К.Флексигу, скорее всего для того лишь, чтобы быть ближе к В.Вундту. В 1883 году Э. Крепелин выпустил “Компендиум по психиатрии”, своеобразное краткое руководство, которое еще не отличалось оригинальностью позиции будущего новатора-систематика, но стало первым опытом для подготовки будущего учебника по психиатрии.

Следующий важный этап работы Э. Крепелина — это работа уже в должности профессора в Дерптском университете (Тарту), куда его рекомендовал Г. Эммингауз. Там он прожил 5 лет, руководя психиатрической клиникой, продолжая занятия по экспериментальной психологии, переписываясь с В. Вундтом, подготавливая, обрабатывая и дополняя материал для последующих изданий учебника по психиатрии.

Лекции Э. Крепелина в Дерпте, как об этом вспоминает его слушатель известный русский писатель-врач В. В. Вересаев, собирали в аудитории студентов со всех факультетов — настолько яркими, содержательными и доходчивыми были они, вызывая интерес к клинической психиатрии, которая уже тогда излагалась автором совершенно по-новому с позиции нозолога-кли-нициста. После отъезда Э. Крепелина из Дерпта, как об этом

свидетельствует В. В. Вересаев, лекции профессора Чижа уже не пользовались такой популярностью. По-видимому, работа Э. Крепелина в Дерпте, где было много русских студентов, ставших впоследствии психиатрами, способствовала распространению его идей в России.
В 1891 году он возвращается на родину в качестве профессора психиатрии и директора психиатрической клиники Гейдельберг-ского Университета на место К. Ферстера по протекции самого К. Ферстера, который переехал в Страсбург. Здесь Э. Крепелин продолжает свои работы по экспериментальной психологии, приближая их к задачам психиатрической клиники, а также школы, рабочей мастерской, фабрики и ряду сторон повседневной жизни и деятельности. Темы работ были разнообразными: влияние упражнений на умственный труд, утомляемость, колебания внимания.
Эти исследования, а также изучение действия алкоголя на функцию центральной нервной системы, влияние на нее брома, веронала, морфия, паральдегида, хлоралгидрата и других веществ стали очень важной вехой его научной биографии.
483
Для Э.Крепелина уже в 1893-1895 годах не подлежало никакому сомнению, что старая психиатрия с принципом “статического” изучения психозов, должна уступить место новому направлению, диагностика должна отражать динамическую и генетическую сущность психических болезней. Он опирался на труды К.Кальбаума, следуя ему, избрал своеобразным стандартом выделение прогрессивного паралича для того, чтобы среди аморфной массы остального клинического материала можно было найти такие же, четко очерченные клинические образцы. Можно выделить основную идею Э.Крепелина: “Течение и исход болезни строго соответствует ее биологической сущности. Примером является прогрессивный паралич. Предстоит отыскать другие болезни”. Эта идея реализована в IV издании его “Психиатрии” (1893), хотя тут еще не представлены доказательства в клинической части учебника. Но уже здесь он писал, что “мания” — редкая болезнь, она по своей сущности есть болезнь периодическая; периодическая мания и периодический психоз родственны между собой. А в 1896г. ученый уверенно высказывает свою точку зрения на то, что душевная болезнь представляет собою “закономерный биологический процесс, разделяющийся на несколько видов, из которых каждый имеет свою этиологию, характерные физические и психические признаки, особое типическое течение и тесно связанный с самой сущностью процесса, заранее предопределенный исход”. Эти положения были закреплены в V издании “Учебника психиатрии”, вышедшего в 1896 году. Так Э. Крепелин подошел к созданию своей доказательной фундаментальной клинической концепции дихотомического разделения эндогенных психозов на “раннее слабоумие” и “маниакально-депрессивный психоз”. Он при этом указал на большое практическое значение и роль трудов П.-Ю. Мёбиуса, который впервые разделил по этиологическому принципу все душевные болезни на “эндогенные” и “экзогенные”.
Позднее, в своих “Воспоминаниях” Э. Крепелин, возвращаясь к этому очень важному периоду своей работы по выделению “раннего слабоумия”, писал о том, что, наблюдая на ранних стадиях течения психозов самые разные картины — меланхолию, острый бред, манию, аменцию и др., в дальнейшем по мере течения болезни или болезненного “процесса” клиническая картина многих состояний становилась все более однотипной и финальная часть болезни характеризовалась как общее снижение, “по-глупление” (Verblodung). Это и указывало на сущность заболевания, приводившего к фатальному исходу достаточно молодых людей, многие из которых ранее могли даже “подавать
484
большие надежды”. В группу “раннего слабоумия” вошли ката-тония К. Кальбаума, гебефрения Э.Геккера, простое помешательство О. Дима и ряд других бредовых психозов, прежде считавшихся самостоятельными болезнями. На 29-ом съезде психиатров юго-западной Германии Э. Крепелин выступил с историческим докладом “О диагнозе и прогнозе раннего слабоумия”. Цель диагностики этого заболевания была практически очень важной — отграничить эти случаи от циркулярного психоза, который вскоре получил свое новое название маниакально-депрессивный психоз. При этом Э. Крепелин провел колоссальную по своему охвату материала и доказательности наблюдений работу. Из 1000 больных, дальнейшую жизнь которых ученый проследил на протяжении десятков лет, был отмечен только один единственный, который, перенеся в молодые годы манию, не заболел повторно. Во всех остальных случаях первый маниакальный приступ был лишь начальным звеном в более или менее длинной цепи позднейших маниакальных или депрессивных периодов. То же относилось и к меланхолии, которая в молодости всегда является предвестницей или первым периодом циркулярного психоза. Сначала Э.Крепелин разделил периодические психозы на три формы: “маниакальные”, “циркулярные” и “депрессивные”. Нетрудно заметить, что это соответствует современному пониманию “монополярных” и “биполярных” аффективных психозов, что как будто олицетворяет “прогресс” в этой области психиатрии. На самом же деле Э. Крепелин еще тогда выделял подобные формы, но справедливо полагал, что может быть совместное существование явлений возбуждения и депрессии в одно и то же время (смешанные состояния), что давало ему право рассматривать подобные фазы мании и меланхолии, а также смешанные состояния в рамках самостоятельного заболевания — маниакально-депрессивного психоза (МДП). В 1899 году вышло VI издание “Психиатрии”, здесь Э. Крепелин сделал последний шаг: периодическая мания и периодическая меланхолия утратили самостоятельность. “Нет психиатра, — писал Э. Крепелин, — и, по моему убеждению, такого и быть не может, который умел бы определить по одной только симптоматологической картине, представляет ли

данный случай манию простую, манию периодическую или циркулярный психоз". Правильность наступления приступов, которой придавали большое значение Ж. Байарже и особенно Ж. П. Фа-льре, по мнению Э. Крепелина, не имеет почти никакого значения. Фазы могут наступать, непосредственно присоединяясь друг к другу (континуальное течение в современном понима-

нии), могут повторяться через 10,17, 23, 32 года. Если у кого-то болезнь протекает с такими большими промежутками, то легко можно предположить, что такой больной вообще не доживет до следующей фазы. Крепелин не отрицал того, что могут наблюдаться единичные приступы мании или депрессии, но это, как он полагал, не может опровергнуть теории о внутреннем единстве всех случаев, то есть единстве самой болезни — МДП. Конечно, блестящим подтверждением своей идеи Э. Крепелин мог считать описанные им смешанные состояния. Непродуктивная мания, маниакальный ступор или депрессия с вихрем идей, ажитированная депрессия — все это благодаря Э. Крепелину сделалось достоянием современной науки, современного учения об аффективной патологии.
Одновременно с дихотомическим разделением эндогенных психозов, завершенным в Руководстве Э. Крепелина (1896), им была обозначена "инволюционная меланхолия" как самостоятельная нозологическая единица эндогенного круга. В это время он состоял профессором и директором психиатрической клиники Гейдельбергского университета и его авторитет был бесспорным не только в Германии, но и в других европейских странах. Э. Крепелин считался наиболее прогрессивным и грамотным клиницистом, давшим мощный импульс развития нозологическому направлению в психиатрии. В то же время, и это естественно, у него были достаточно авторитетные оппоненты, такие, как А. Гохе в Германии, А. Барюк во Франции, В. П. Сербский в России. Однако в целом психиатрия становилась благодаря фундаментальным исследованиям Э. Крепелина на путь доказательности клинико-психопатологической диагностики, более четкой и обоснованной систематики. В этом смысле Э. Крепелин показал глубину своей медико-биологической подготовки и широту научного кругозора. Он еще в 1906 году призывал ученых-психиатров быть в вопросах систематики последовательными и убедительными, ссылаясь на пример К. Линнея, который систематизировал растения; считая "ботанический принцип" классификации в отношении психических заболеваний адекватным, Э. Крепелин, однако, понимал, что пока психиатрия не имеет такой основательной биологической базы как ботаника. И, тем не менее, сам упорно работал над усовершенствованием классификации психозов, выделяя новые классы болезней и их виды (типы). Примером может служить "раннее слабоумие" с его отдельными формами (кататонической, гебефренической, простой, ранней параноидной). Важно, что такое понимание заболевания восстановлено и в современной классификации аме-

риканской психиатрии — DSM-III, DSM-IV, а также в МКБ-10, хотя позднее Э.Блейлер, введя термин "шизофрения" расширил представление об этой болезни, которая, по мнению французского психиатра Ж. Гаррабе, стала "болезнью XX века".
Э. Крепелин принял затем активное участие в дискуссии по вопросу о специфичности экзогенных психических реакций и эк-зогенно-органической психической патологии, которая развернулась в Германии между К. Бонгеффером и Г. Шпехтом. В то время как К. Бонгеффер расширил клиническую феноменологию экзогенных психических реакций под влиянием Г. Шпехта, введя в нее маниоформные, депрессивные, кататоноформные и параноидные расстройства, Г. Шпехт утверждал, что деление реакций на экзогенные и эндогенные является относительным и нецелесообразным. Э. Крепелин привел доказательства правомерности выделения экзогенных и эндогенных заболеваний, кроме того, он установил, что преобладание экзогенности или эндогенности психических реакций зависит от интенсивности патологического мозгового процесса. Чем более этот процесс интенсивен, тем больше проявлений, свойственных экзогенному типу реакций, мы наблюдаем в клинике, и наоборот. Доказательным аргументом он посчитал развитие болезни, например, в случае наркоманической или алкогольной зависимости, — чем меньше прогредиентность, тем более психические расстройства принимают характер эндоформ-ных; при грубой прогредиентности возникают психозы типичного экзогенного характера, например делириозные состояния.
Большое внимание Э. Крепелин уделял проблеме паранойи. В отличие от К. Вестфаля, Т. Мейнерта сам Э. Крепелин шел в разработке этой темы собственным путем, определяя паранойю как более узкое заболевание. Он не допускал, что одна и та же болезнь имеет различное течение и может давать разные исходы. Практический рационализм побуждал его в интересах построения точного прогноза выделять как истинную паранойю только те формы первичных интеллектуальных расстройств, которые при длительном течении и при отсутствии галлюцинаций характеризуются незыблемой бредовой системой, достаточной эмоциональной живостью больного и отсутствием заключительного слабоумия. При таком понимании паранойя оказывается редким заболеванием, составляя не более одного процента всех поступающих в психиатрические больницы.
Остальные случаи, в которых развивается упадок психики и слабоумие, по Э. Крепелину, относятся к "деменции прекокс". Сутяжный бред, "бред кверулянтов" был обозначен им позднее

как ”сутяжная паранойя”, и она относилась автором в отдел психогенных заболеваний.
Такие масштабные исследования в отношении наиболее значимых клинических форм психозов позволяли Э. Крепелину создавать новую, более современную классификацию, которая приобретала черты фундаментальности и основательности, как и все, что делал Э. Крепелин в психиатрии. Он был наредкость целеустремленным и последовательным в своих изысканиях; это отмечали его современники, крупные психиатры европейских стран, с которыми ученый поддерживал тесные контакты. Надо сказать, что в этот период своей деятельности как, впрочем, и всегда, Э. Крепелин много и охотно путешествовал. В его “Жизнеописании” этой теме уделяется особое внимание; так, летом 1887 г. Э. Крепелин посетил скандинавские страны, где знакомился со своими учеными коллегами, побывал в психиатрических клиниках, посетил лепрозорий; на следующий год приехал в Грац, где нанес визит в клинику профессора Р. Крафт-Эбинга, причем отметил контраст этой клиники с клиникой Т.Мейнерта, у которого он был ранее. Ученый побывал в Италии, Греции, Испании, Англии, встречался с ведущими психиатрами многих стран Европы, Азии. Особое впечатление на него произвела встреча с Валентином Маньяном, которая произошла на Конгрессе в Берлине; в 1896 году в Испании он побывал в музее Пра-до (Мадрид), ездил в Гибралтар, Танжер, Гранаду, Севилью, делился с братом своими впечатлениями об искусстве мастеров живописи, особенно восхищаясь полотнами Мурильо. Затем, уже в начале нового века, было посещение Египта, Алжира. Однако, везде он старался уделять внимание тому, как развивается медицина, прежде всего, психиатрия, анализировал работы зарубежных психиатров, убеждаясь, что его собственные исследования подтверждают необходимость нозологического понимания сущности психозов.
Еще С. С. Корсаков писал, что условия изучения клинической картины психозов не особенно хороши. Проявления душевных заболеваний чрезвычайно сложны и разнообразны, кроме того, такие болезни тянутся обычно долгое время, больные переходят от одного врача к другому. При этом приходится относительно самых интересных перемен в состоянии больного делать заключение по кратким сведениям истории болезни, а при их составлении имеют большое значение и личные особенности наблюдателя, вследствие чего факты передаются не вполне объективно. Из-за этого, писал С. С. Корсаков, трудно сделать верные обобщения, представить верную картину после-

довательной смены явлений, которая должна служить типом. Этим объясняется то, что до сих пор мы не имеем точной типической картины многих форм душевных болезней. Как бы продолжая эту мысль, Э. Крепелин отмечал в своей автобиографии: “Безрассудные толки о бесплодности клинической психиатрии скоро умолкнут, когда дадут себе труд подробно и тщательно изучить подлинно обширные и полные серии наблюдений”. То, что в творчестве Э. Крепелина возобладал принцип “психиатрии течения”, помогло ответить на вопрос, поставленный С. С. Корсаковым.
Многие оппоненты Э. Крепелина упрекали его в том, что он слишком много внимания уделял клинике, в то время как патологической анатомии, наоборот, не придавал нужного значения. Подобно Б. Гуддену, своему учителю, он подчас останавливал анатомические мечтания своих учеников очень короткой фразой: “Этого мы не знаем”. В то же время, обвинения анатомов, как несправедливые, Э. Крепелин мог бы легко парировать, лишь назвав имена трех своих крупнейших по значению для психиатрии сотрудников: Франца Ниссля, Алоиза Альцгеймера, Корбиниана Бродмана. Их исследования стали образцом “доказательной” психиатрии еще в начале XX века, так как они подтверждали идеи Э. Крепелина о нозологической сущности психозов позднего возраста, подтверждая специфику клинических симптомов наличием локальных органических (атрофиче-ских) изменений в головном мозге. В наши дни эти данные были еще раз доказаны уже генетиками, обнаружившими особые аномалии в 1 и 21 хромосомах при болезни Альцгеймера, которую так предложил называть Э. Крепелин в силу специфики клиники, симптоматики и течения.
С 1903 года Э. Крепелин стал руководителем новой Университетской психиатрической клиники в Мюнхене. Сюда съезжались врачи из всех стран Европы, чтобы услышать лекции корифея психиатрии, побывать на клинических разборах с участием его сотрудников. На “курсы усовершенствования” в Мюнхен мечтали попасть врачи из России, Франции, Англии, стран Южной Америки. Здесь они “из первых уст” узнавали новые результаты работ А. Альцгеймера по гистопатологии мозга, знакомились с цитоархитектоникой мозговой коры по лекциям К. Бродмана, изучали генетику психозов, с проблемами которой их знакомил Р. Рюдин. Курсы продолжались в течение 6 недель для каждой группы врачей, при их завершении выступал сам Э. Крепелин, который знакомил с новыми основами перестроенной им психиатрии, с новой систематикой душевных болез-

ней, включавшей в себя 17 групп психических болезней, объединенных общими признаками этиологии, патогенеза и клиники. Несмотря на то, что Э. Крепелин в это время пользовался мировой известностью, он продолжал очень требовательно относиться ко всем полемическим вопросам в науке, отвечая на сложные проблемные вопросы, обращенные к нему оппонентами, постоянно корректировал свои позиции с учетом новых данных, полученных другими исследователями. В этом смысле заслуживает внимания его работа 1920 года “Формы проявления помешательства”, в которой он частично пересмотрел свои взгляды на синдромологию, введя понятие “регистров”, которыми организм реагирует в зависимости от степени выраженности патогенетического фактора, вызывающего психические расстройства.
К Мюнхенскому периоду работы Э. Крепелина относится его знаменитая поездка на о. Яву для изучения

психозов у примитивных народов, что дало толчок к созданию новой науки — сравнительной психиатрии, этнопсихиатрии с возможностью новых решений общих проблем биологии и этиологии психозов.
Когда в 1915 году вышло в свет VIII издание "Учебника психиатрии" Э. Крепелина, врачи получили небывалый, невиданный в психиатрии труд, поражавший не только своим огромным объемом (3000 страниц), но и уникальностью отобранного материала, богато иллюстрированного многочисленными историями болезней, доказательностью диагностики, тщательностью клинического описания. Такой труд мог создать только Э. Крепелин, вся жизнь которого отличалась редкой целеустремленностью, продуктивностью, необычайной работоспособностью и преданностью науке. К. Колле говорил про него, что "Крепелин не был философским человеком", а В. Вейгант отмечал его "глубоко этичную натуру". Но, по-видимому, самое главное заключалось в том, что Э. Крепелин остался современником всех последующих поколений психиатров в силу того, что заложенный им фундамент психиатрии оказался настолько прочным, что все основные положения, касающиеся проблем общей и частной психопатологии, оказались четко очерченными и практически достоверными. Современная психиатрия, которая неудержимо стремится вперед благодаря успехам биологического изучения психозов, продолжает использовать клинический опыт Э. Крепелина, его клинические данные, которые не потеряли своего значения, потому что были представлены добросовестным, требовательным к себе Мастером, знающим свое дело и беззаветно преданным ему.

С. А. Овсянников

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

Акатаграфия 427 Алкоголизм 124, 125, 232
— хронический 266 Алкоголь 6 Аменция 69 Анамнез 52 Артериосклероз 105 Аура 304
Аутизм 38 Афазия 106, 425
Белая горячка 268 Беспокойство двигательное 245 Бред И, 28, 60
— величия 82, 324
— греховности 8
— преследования 321
— ревности 128, 267, 321 Болезни
— Альцгеймера 293, 400
— душевные 45
— Корсаква 268
— признаки физические 427—436
— стадия конечная 99 Боязнь общества 330
Бродяги патологические 223, 235
Вербигерация 48, 425 Возбуждение кататоническое 50
— маниакальное 15, 30 Воздействие внешнее 43 Воля
— задержка 12
— расстройства 46, 420, 421, 422
Галлюцинации 40, 60 Галлюциноз пьяниц 267 Гебефрения 37, 296 Гибкость восковая 38 Гипомания 23
Глухота словесная 107 Гомосексуализм 336 Гримасничание 37
Дебильность 346
Делирий лихорадочный 67, 273
— травматический 259, 263 Дрожание 433
Жестикуляции живость при мании 424
Евнухоидизм 252
Заболевание мозга
— дизаденоидное 261, 285
— параноидные 278
— пресенильные 261, 291
— психогенные 262, 308, 312
— сифилитические 249
— фамильные 261, 288
— эндогенные 261 Заикание 426
Идеи
— преследования 58
— скачка 19, 427
Идиотия 236, 243, 245, 344 Извращения половые 262, 333 Импульсивность 43, 44 Инстинкты 418
Интеллекта испытание 467—470 Инфантилизм 347
— сифилитический 279 Инфекции 260, 272 Истерия 262, 323, 405 История болезни 409 Истощение нервное 258
Каталепсия 38
Кататония 42, 44, 298, 404
Клептомания 332

Кора мозговая, сморщивание 101
Кретинизм 254, 285
Лекарства и лечение 471—481 Лист опросный 437—447 Личности распад 294
491
Мазохизм 335 Манерность 44 Мания 16, 316 Мегаленцефалия 287 Меланхолия 48, 68, 316
— периодическая 11 Менингит сифилитический 70 Микседема 285 Миросозерцание бредовое 320
Монголизм 347 Морфинизм 270, 271 Мутацизм 425
Мутация 43 Мышления задержка 8
Настроение расстройства истерическое 402
---у эпилептиков 402
Невроз испуга 310
— навязчивых идей 262 ---состояний 329
— ожидания 258
— травматический 123 Негативизм 423 Негативистичность 43 Нейростения сифилитическая 276
Немота при наличии слуха 426 Нервность 263, 337
Обманы чувств 411, 417 Олигофрения 246, 263, 343 Онанизм 324 Опухоли мозговые 287 Опьянение 263
Отвлекаемость 28 Отравление 260, 264 Отягощение наследственное 407 Оцепенение 44
Параличи 432
— дементный 98
— душевный 68
— прогрессивный 78, 87, 93, 96, 97, 280, 401, 406
— церебральный детский 248
— юношеский 104 Паранойя 262, 320 Парафрения 301
492
Персеверация 424 Подчиняемость автоматическая 38 Помешательство
— алкогольное 267, 268
— импульсивное 262
— индуцированное 258, 309
— маниакально-депрессивное 4, 14, 17, 315
— сутяжное 314
— циркулярное 14 Представления навязчивые 329, 414
Пресбиофрения 400 Преступники патологические 223 Припадок большой судорожный 350
— паралитический 99
— эпилептический 242 Процесс
— болезненный 34
— энцефалитический 248 Псевдопаралич сифилитический 276
Псевдореминисценция 413 Психики расщепление 36 Психоз артериосклеротический 288
— Корсакова 268, 350
— маниакально-депрессивный 262
— табический 278 Психопатии 263, 403
— возбудимые 339
— враги общества 342
— импульсивные 340
— дгуны и мошенники 342
— неустойчивые 339
— сварливые 341
Развитие душевное замедленное 76
— задержка половых желез 252 Расстройства зрачковые 281
— конституциональные 262
— письма и речи 281
— психогенные у арестантов 312
— речи 83
---спутанность 49
— старческие 261, 292
Расстройство душевное пресени-
льное 291
Речи расстройства 83, 281
— картавость 426
— остановка развития 426
— разорванность 425
Садизм 335
Самоубийство 9, 21, 23 Синдром Бабинского 103
— Корсакова амнестический 349 Симптом Ромберга 267

— хоботковый 54 Сифилис 6, 69, 70, 76, 80
— апоплектический 74, 277
— мозга 273
— наследственный 278 Склероз лобарный 287 Слабость психическая 238 Слабоумие апоплектическое 108
— атеросклеротическое 399
— депрессивное 297
— паралитическое 398
— раннее 33, 36, 44, 45, 52, 294-300
— сифилитическое 398
— старческое 105, 111, 400, 406
— ступорозное 297
— травматическое 259 Сопротивление меланхолическое 405
— при раннем слабоумии 405 Состояние исходное 52, 53
— смешанное 25, 30, 317
— сумеречное
---ганзеровское 326
---патетическое 326
---сноподобное 325
Сосудов закупорка 107 Спутанность галлюцинаторная 69
— при мании 403
— старческая 404 Стереотипия 44, 295
Страсть к коллекционерству 333
--- покупкам 333
Страхи навязчивые 329
— ответственности 330 Ступор 13, 94, 400
— истерический 202, 402
— кататонический 401
— эпилептический 202 Сумеречное состояние 425
Татопаралич 90 Тонус эмоциональный
— ослабление 294 Тоска 8
Травма головы 114 Тревога 8
Уремия 63 Фетишизм 334
Хорея Гентингтона 400
— Сиденгама 64
Циклотимия 318
Шизофрения ажитированная 297
— латентная 300
— параноидная 299
— прогноз 300
— циркулярная 297
Эксперимент ассоциативный
449-466
Эпилепсия алкогольная 268
— генуиная 303
— сифилитическая 278
— травматическая 259 Эхопраксия 38